GH. SCRIPCARU M. TERBANCEA

PATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

EDITURA DIDACTICĂ ŞI PEDAGOGICĂ
BUCUREŞTI – 1983

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI ÎNVĂȚĂMÎNTULUI

GH. SCRIFCARU M. TERBANCEA

PATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

EDIȚIA A II-a, REVIZUITĂ ȘI ADĂUGITĂ

250875
B.C.U. - IASI

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ
BUCUREȘTI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lucrarea a fost analizată și aprobată de către colectivele catedrelor de specialitate, conducerile facultăților și ale I.M.F. din Iași și București.

Redactor: RODICA SMARANDA MIHĂILESCU
Tehnoredactor: ION MIREA
Coperta: NICOLAE SÎRBU

616-058(02)=59

6 MAR 1982
B.C.U. „I. C. Brătianu"
— IAȘI —
dc 574965

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUVÎNT ÎNAINTE

Apariția unui tratat de medicină legală este un eveniment social mult mai important decît s-ar părea.

Desigur, această apariție constituie mai întîi un eveniment științific: medicina legală însumează de fapt tehnici proprii, adaptate exigențelor expertizei și un întreg ansamblu de noțiuni provenind de la alte discipline, medicale sau de altă natură științifică.

Dar un tratat de patologie medico-legală este în același timp și o ocazie excepționată de a dialoga în serviciul adevărului, o confruntare a marilor probleme medicale și juridice contemporane.

Aceste probleme evoluează foarte rapid, pe de o parte ca urmare a progresului artei, tehnicii și științei medicale, pe de alta, ca urmare a evoluției societății, în care intervențiile juridice și sociale sporesc în mod necesar. Din această dublă evoluție se nasc multiple probleme medico-sociale ce ne obligă să recurgem la medici experți. Aceștia, aducînd în fiecare caz elemente tehnice drept răspuns la problemele ridicate, însumează o experiență de neînlocuit, obligați fiind să desprindă din această experiență reflecții utile tuturor.

Iată de ce, nu numai practica medico-legală ci și progresul necesar al relațiilor sociale, al dreptului și al medicinei obligă la redactarea de noi tratate de medicină legală, de „medicină a dreptului".

Este exact ceea ce au făcut profesorii Gh. Scripcaru și M. Terbancea prin realizarea unei vaste sinteze a literaturii de specialitate, prin aducerea la zi, în mod sistematic, a diferitelor capitole ale medicinei legale, prin expunerea rezultatului lungii lor experiențe de lucru. Aceasta din urmă i-a condus la constatarea că domeniul medico-legal, limitat la cercetarea adevărului tehnic, evoluează pretutindeni. În timp ce posibilitățile tehnice de punere în evidență a acestui adevăr cresc, apare, în contrapondere, o reflecție extrem de importantă, cu privire la valoarea relativă a respectivei probe în proces.

Am fost deosebit de impresionat de expunerea ultimelor capitole ale tratatului profesorilor Gh. Scripcaru și M. Terbancea cu privire la acest subiect.

Este exact ceea ce mă face să mă gîndesc că lucrarea lor trebuie să se adreseze unui public medical foarte larg,

dar și juriștilor din orice ramură, care, ca și medicii, se ocupă de om, îi decid soarta, îl ajută să se integreze sau să se reintegreze în mod util, în societate.

Citind cartea, regăsești, la fiecare pagină, medicina și dreptul, unite inexorabil prin utilitatea socială a activității medico-legale.

Profesorii Gh. Scripcaru și M. Terbancea speră ca lucrarea să constituie „un nou aport al medicinei legale la promovarea ideii de dreptate socială și umanism științific". Ei doresc ca truda de a redacta această lucrare, deja recompensată prin multiple satisfacții, să fie, pentru fiecare cititor, „un mesaj social și umanitar".

Este imposibil să formulezi mai bine dorințe mai elevate și nu pot decît să le urez ca lucrarea să-și atingă scopul; îi felicit pentru această lucrare, sigur fiind de succesul ei strălucitor.

Profesor PIERRE H. MULLER
Universitatea din Lille-Franța

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

Cuvînt înainte 3
În loc de introducere 7

Partea I. **Cadru normativ şi tanatologie** 10

Obiectul şi sarcinile medicinei legale 10
Elemente privind evoluţia medicinei legale 23
Relaţiile medicinei legale cu dreptul şi reglementarea expertizei medico-legale 31
Reglementarea expertizei medico-legale 35
Tanatologie medico-legală 39
Aspecte gnoseologice privind moartea 39
Caracteristicile fiziopatologice ale stărilor terminale 43
Problemele medico-legale ale stărilor terminale 51
Sindroame tanatologice 56
Morfologia medico-legală a semnelor cadaverice 58
Modificări cadaverice conservatoare 62
Estimarea datei morţii 71
Tanatopraxia 75
Felul morţii 78
Moartea naturală 80
Moartea subită 80
Moartea subită prin cord 81
Moartea subită prin pulmon 89
Moartea subită la copii 93
Moartea funcţională 94
Reacţii vitale şi leziuni elementare 100
Leziuni medico-legale elementare 106
Artefacte medico-legale 115

Partea a II-a. **Morfopatologie medico-legală** 117

Noţiuni elementare privind infracţiunile împotriva vieţii 117
Patologia medico-legală prin agenţi mecanici 118
Medicina legală a traumatismelor cranio-cerebrale 118
Problemele medico-legale ale traumatismelor cranio-cerebrale 135
Moartea violentă prin cădere 138
Medicina legală a leziunilor prin obiecte tăioase 143
Medicina legală a traficului 153
Morfologia şi mecanismele lezionale în trafic 163
Problemele medico-legale ale accidentelor prin autovehicule 169
Profilaxia accidentelor de trafic 170
Medicina legală a împuşcării 174
Acţiunea factorilor secundari 182
Problemele medico-legale ale morţii prin împuşcare 183
Împuşcarea prin arme de vînătoare 185
Medicina legală a asfixiilor 189
Clasificare 189
Evoluţia clinică a asfixiilor 190
Modificări morfologice 192
Problemele medico-legale ale asfixiilor 219

Patologia medico-legală prin agenţi fizici 221
Leziunile prin căldură 221
Leziunile produse prin frig 227
Leziunile prin electrocuţie 230
Patologia medico-legală prin agenţi chimici 241
Aspecte generale de toxicologie medico-legală 241
Intoxicaţii medico-legale frecvente 258
Medicina legală a accidentelor medicamentoase 269
Patologia medico-legală prin agenţi biologici 272
Rolul agenţilor psihici în patologia medico-legală 282

Partea a III-a. **Medicina legală a avortului şi naşterii** 283

Medicina legală a avortului 283
Problemele medico-legale ale deceselor materne 299
Nou-născutul în patologia medico-legală 300

Partea a IV-a. **Patologie clinică medico-legală** 317

Expertiza medico-legală a vătămărilor corporale 317
Simularea 329
Sexologie medico-legală 335
Criterii privind normalitatea sexuală 338
Violul sub aspect medico-legal 342
Perversiunile sexuale sub aspect medico-legal 348
Clasificarea perversiunilor 352
Problemele medico-legale ale determinării sexului 360
Problemele medico-legale ale maturităţii şi capacităţii sexuale 370
Tulburări de dinamică sexuală feminină 371
Tulburări de dinamică sexuală la bărbat 373
Aspecte ale homeostaziei sexuale de cuplu 383
Expertiza medico-legală în dreptul civil şi dreptul familiei 386
Cercetarea medico-legală a filiaţiei dintre parentali şi progeni 395
Psihiatrie medico-legală 415
Elemente de psihologie a comportamentului uman 419
Regulile expertizei psihiatrico-legale 426
Comportamentul mintal şi boala psihică 428

Partea a V-a. **Criteriologia şi specificul ei în medicina legală** 461

Aspecte generale 461
Criteriologia diagnosticului formei medico-legale de moarte 468
Criteriologie medico-legală specială 473
Criteriologia cauzalităţii medico-legale(Aspecte generale) 480
Reguli şi dificultăţi privind convertirea faptului medical în mijloc de probă 484
Elemente de profilaxie medico-legală 494
Proiectarea socio-culturală a medicinei legale 496

ANEXE

Ghid normativ de exerciţiu medical 502
Raport medico-legal 540
Scheme de anatomie topografică pentru localizări lezionale 511
Laborator medico-legal 515
Dicţionar de termeni medico-legali omonimi 525
Glosar medical-legal 534
Index alfabetic 544

ÎN LOC DE INTRODUCERE

Ritmul impetuos de dezvoltare economico-socială și implicit legislativă din țara noastră, ca și achizițiile medicinei contemporane, impun cu necesitate reeditarea periodică a unui curs de medicină legală pentru studenți.

Un obiectiv al cursului, și anume informarea adecvată despre posibilitățile acestei științe, apare cerut de exigențele societății față de asistența medico-legală. În acest scop, cursul oferă soluții de interpretare științifică pentru practica medico-legală, din complexitatea căreia decurge specificul de lucru al acestei discipline, la intersecția valorilor medico-biologice cu cele culturale, filozofice și juridice. Din metodologia integrativă de lucru a specialității decurge nu numai o experiență de viață profesională ci, mai ales, mesajul său de susținere a condiției umane de sănătate, demnitate și echitate.

Prin forma sa de prezentare, cursul este o invitație la documentare proprie permanentă, fără de care formarea autentică pentru profesiunea medicală nu este posibilă. El tentează apoi la o permanentă corelare a concretului medico-biologic cu abstractul juridic, prin prisma unei criteriologii specifice de lucru. În acest sens, unele capitole au fost mai amplu abordate (riscul de accidentare, patologia de cuplu, disfuncțiile sexuale etc.), deoarece suferințele morale sau fizice din aceste domenii se prezintă, unele pentru prima dată, asistenței medico-legale. Cum în scopul afirmării adevărului științific nimic nu este prea încărcat sau inutil, s-a încercat a se da răspuns la cele mai variate probleme ridicate de practica medico-legală.

Cuplul medicină legală — drept și deontologie medicală, cu o evoluție istorică cunoscută și o fundamentare științifică recunoscută, a determinat la abordarea, atunci cînd a fost cazul, de atitudini deontologice care, fără a constrînge la însușire, se vor contributive la convingeri de viață profesională, în vederea aspirării către morala medicală cea mai autentică, a opțiunilor și angajărilor în interesul bolnavului, societății, justiției. Realitatea de unicat genetic a personalității umane induce respectul absolut pentru viață, pentru relațiile sociale ce o ocrotesc și garantează, respect promovat de medicina legală de-a lungul timpului. Aceasta, în context cu programele de dezvoltare socială ce asigură calitatea vieții sub aspect fizic și cultural-axiologic. La intersecția acestor preocupări, medicina legală ce susține calitatea vieții bio-spirituale a omului (prin asistența suferințelor morale, sentimentelor de inechitate, conflictelor intra- și interpsihice, a stărilor limită dintre viață și moarte sau chiar a eșecurilor umane) își afirmă aspirațiile sale sanogenetice și socio-culturale care dau viață valorilor sociale. Prin efortul de susținere a „convertirii naturii umane în cultură", medicina legală contribuie la fundamentarea axiologiei medicale și la obiectivarea personalității medicului în valori sociale.

Atît pentru cei inocenți cît și pentru cei al căror ideal de empatie umană a fost temporar blocat, activitatea medico-legală se impune ca o contribuție la efortul de căutare a adevărului (oricît de tenebros ar părea el) ca și la efortul de mediere umană prin intermediul echității și justiției, în final la realizarea rațiunii generale „de a crede în altul", deplin realizabilă în societatea noastră. Acesta este un mesaj peren al vocației umanist-științifice a medicului în general și a medicului legist în particular.

Încorporată în instituțiile sociale și de stat, medicina legală are toate șansele de a convinge prin adevărul științific și de a se afirma, iar cei ce o

slujesc vor găsi aici sursa cea mai autentică a unor judecăți valorice ce semnifică existența.

Abordarea mortalității și morbidității medico-legale, influențată direct și pozitiv de conținutul nou al relațiilor sociale din societatea noastră, a determinat, pe lîngă oferirea de jaloane științifice de rezolvare a fiecărui caz în parte, și oferirea de soluții profilactice, prospective, scop final al oricărei discipline umanist-științifice. Pe lîngă domeniul său specific de lucru, abordarea problematicii medicale largi prin prisma normativității social-juridice ce dă conținut unei noi preocupări științifice, aceea a criteriologiei, exprimă realitatea și specificul firesc al medicinei legale, situată la frontiera preocupărilor medico-biologice cu cele socio-culturale și juridice, și îi conferă, în același timp, vigoarea, originalitatea, perenitatea și permanenta sa noutate.

Trăim într-o societate civilizată a ordinii și umanismului autentic care ne transferă convingeri întărite despre ideea de echitate și dreptate, de aceea, odată cu creșterea nevoilor sociale și aspirația legitimă a omului către adevăr și justiție, se amplifică și exigențele față de asistența medico-legală pe care o oferim populației și instituțiilor sociale.

Din această năzuință firească a spiritului uman către progres și obiectivitate s-a născut și vocația noastră, o vocație a dreptului și medicinei, împreună cu priza permanentă de conștiință a responsabilităților ce decurg din gravitatea verdictelor date asupra onoarei și autorității oamenilor.

În lupta științei cu obtuzia și viciul ce mai transformă umanul în inuman, drumul de la superstiție și incertitudine la știință și adevăr nu a fost lipsit de sinuozități. Dacă astăzi admitem că violența și perfecționarea se opun ca sens și este imposibil a le găsi reunite, ne referim cu precădere la imperativele societății moderne și aptitudinea științei, ce cer extinderea preciziei științifice și la acest domeniu. Este știut că medicina, prin slujirea ideii de echitate și dreptate, și-a pus serviciile în slujba progresului relațiilor sociale încă din cele mai vechi timpuri. Căci, realizarea justiției a fost legată de probe iar lupta pentru afirmarea probelor științifice a fost un important factor de progres social. Prin astfel de probe, medicina a mediat echitatea și justiția și împreună au mediat cultura și morala socială. Astăzi nu se poate concepe realizarea justiției în afara adevărului care este totdeauna științific. Acest efort susținut de medicină și constituit în decursul timpului într-o disciplină independentă a dus la dimensiunile actuale de ordin social, ontologic, epistemologic și axiologic ale medicinei legale, în care rezidă efortul de promovare a convingerilor despre adevăr și de influențare a condiției umane, efort concretizat prin desprinderea din trunchiul medicinei legale a multiple alte preocupări.

Astăzi, de la rolul său în elaborarea unei decizii, medicina legală trece spre noi și inevitabile dimensiuni pe măsura respectului absolut pentru om, susținînd conceptul sanogenezei sociale prin intermediul legii și medicinei. Încadrîndu-se într-o perspectivă ontologică, în care cunoașterea implică adevărul iar acesta sfîrșește prin a fi bun, medicina legală devine în final un act de cultură cu aptitudinea de a realiza binele social și individual. Ca antropologie aplicată legată de destinul omului în natură și societate, medicina legală favorizează umanizarea progresivă a legilor biologice și însănătoșirea morală a relațiilor de microgrup, elaborînd, alături de alte preocupări, căile de ameliorare a comportamentului uman, ultim stadiu al evoluției sale culturale. În acest mod, medicina legală dă valoare euristică actului său, oferind criteriile unei adaptări axiologice și susținînd calitatea vieții, măreția omului prin valoarea sa de unicat, aptitudinea sa de a deveni o valoare în ascensiune, precum și realizarea esenței sale de puritate spirituală și desăvîrșire. Un astfel de demers moral-social proiectează medicina legală ca o victorie a științei și ra-

ţiunii împotriva absurdului şi ignoranţei, împotriva fenomenelor negative ce mai alienează interrelaţiile umane.

Ne vom înfrunta încă cu moartea, cu ţesuturile care au aparţinut unui om şi care suscită respect, căci, aşa cum spunea un mare culturolog, chiar dacă omul s-a îndepărtat de zei, nu se va putea îndepărta de moarte. Se va accentua integrarea clinică a medicinei legale consecutiv protejării maxime a personalităţii umane de către lege. Plasată între adevărurile juridice abstracte şi cele medico-biologice concrete, medicina legală, gîndire integrativă inevitabilă, îşi va accentua modelul interdisciplinar. Matrice logico-epistemice specifice vor aprofunda gîndirea analitică şi viziunea sa sintetică. Articularea acestor două modalităţi de gîndire va accentua rolul criteriologiei medico-legale şi va garanta trecerea de la stadiul descriptiv la cel axiomatic, de la cunoaşterea cantitativă la cea calitativ-epistemică de stabilire a validităţii cunoştinţelor căpătate. Demersul medicinei legale va fi astfel integral, deoarece nu există drept în afara adevărului, iar adevărul este totdeauna ştiinţific. Orice lucrare medico-legală, în virtutea acestor cerinţe epistemologice, se va desfăşura ca o adevărată cercetare ştiinţifică ce va asigura simetria retrodicţiei şi explicaţiei cu predicţia şi previziunea. Va creşte în sfîrşit aportul medicinei legale la marile probleme ale sănătăţii prin profilaxia riscului de accidentare, inadaptare, victimizare sau moarte nemotivată ca şi rolul paradigmelor medico-legale în devansarea legiferării şi adaptării la normativitate. Nu în ultimă instanţă, consecutiv proiectării conceptelor dreptului în medicină sub forma deontologiei şi dreptului medical, va creşte influenţa medicinei legale în asigurarea progresului medicinei consecutiv susţinerii formării personalităţii profesionale, prin prisma responsabilităţilor conştient asumate. Faptul va descătuşa vocaţia medicală în găsirea soluţiilor de conştiinţă la domeniile dilematice şi pline de tensiune ale practicii medicale.

La susţinerea unor astfel de mesaje tentează un curs de medicină legală, ce aspiră la integrarea problemelor sale tehnice specifice în contextul de cultură şi civilizaţie a epocii pe care o parcurgem: mesaje judiciare de afirmare a adevărului şi susţinere a ideii de dreptate, culturale, de luptă cu partea brutală a naturii ce mai perturbă interrelaţiile umane, medicale şi morale de ascensiune către bine, adevăr şi frumos prin intermediul idealurilor profesionale slujite. Sub acest aspect, avea dreptate Paul Valery cînd spunea că nu sînt decît lucruri începute şi oricîte neîmpliniri ar avea o carte, totdeauna trebuie preferat ceea ce ea dezvăluie ca just.

Avem motive să subiectivăm o atare constatare ca o aspiraţie, prin efort, disponibilitate şi persuasiune, către susţinerea, pe toate căile, a dimensiunilor prezente şi de viitor a acestei specialităţi.

AUTORII

PARTEA I

CADRU NORMATIV ŞI TANATOLOGIE

OBIECTUL ŞI SARCINILE MEDICINEI LEGALE

Medicina legală este o specialitate la graniţa dintre ştiinţele medico-biologice, în general concrete, şi cele social-juridice, de regulă abstracte, care s-a născut şi a evoluat datorită unei profunde necesităţi sociale, şi anume, necesitatea slujirii ideii de obiectivitate şi dreptate.

Medicina legală are două versante: al aplicării cunoştinţelor medicale în slujba justiţiei şi al aplicării cunoştinţelor juridice în exerciţiul practicii medicale. Medicina legală are deci o mare valoare în probaţiunea judiciară, apropiind convingerea juristului de spiritul rigorii ştiinţifice. Deşi diferite, aceste preocupări aparţin deopotrivă domeniului public, deoarece armonia socială înseamnă ordine, ordinea nu se poate realiza fără dreptate iar dreptatea fără probe ştiinţifice.

Topîrceanu spunea că nimic nu face pe om mai rău decît nedreptatea, de aceea medicina legală răspunde năzuinţei perene a omului către obiectivitate şi dreptate, ştiut fiind că „destinul omului s-a născut odată cu nevoia de justiţie şi de respect individual, că aventura umană a început cu revolta contra legilor biologice, revoltă ce a dat grandoarea destinului nostru şi anume aceea de a pune amprenta noastră spirituală unei lumi ce tinde a o refuza" (Hamburger). Prin lupta cu crima ca expresie a obscurantismului, superstiţiei, viciului sau ignoranţei pe care o rejetă nu numai legea ci şi instinctul nostru, deoarece este expresia extremă a răului şi sufletului monstruos, crima devenind o infracţiune contra întregii societăţi, medicina legală devine un factor de progres şi echilibru social, o investigaţie a drumului nenatural al morţii şi vieţii, o dovadă a preocupării medicinei despre adevăr şi prin aceasta o promovare axiologică a valorilor privind viaţa şi sănătatea. Orice fel de violenţă scade speranţa de viaţă, încalcă ordinea socială, ofensează conştiinţa publică, încît o constatare ştiinţifică medico-legală, deşi un eveniment biologic pentru victimă, devine un eveniment juridic pentru societate, o modalitate de trecere de la o credinţă subiectivă la o cunoaştere obiectivă comunicabilă şi controlabilă. În acest mod medicina legală devine vocaţia valorificării condiţiei umane cu ajutorul ştiinţei, dreptatea şi reabilitarea nefiind altceva decît o victorie a raţiunii şi justiţiei împotriva oricăror regrese biologice absurde şi rigide, încît opţiunea pentru această specialitate se transformă şi devine în realitate o problemă de destin umanitar. Prin activitatea sa, medicul legist stabileşte un echilibru între nevoile bolnavului şi ale societăţii, raportul medic-bolnav devenind un raport medic-bolnav-cetăţean, al cărui obiectiv principal este stabilirea adevărului ştiinţific, susţinerea morală şi fizică a victimei, aplicarea legii şi reabilitarea moral-socială a autorului.

Primele noţiuni medicale aplicate în scop social-juridic au apărut odată cu conştiinţa omului privind raportul său de alteritate şi, odată ce această relaţie socială a fost încălcată, într-o formă sau alta, s-a impus necesitatea luptei cu violenţa ce a transformat o relaţie umană în una antiumană. Drumul de

la superstiție și incertitudine la știință și adevăr, în lupta cu încălcarea raporturilor social-reglementate, culminează cu posibilitățile actuale ale acestei specialități de a ajuta efortul societății de extindere a preciziei științifice la toate domeniile de activitate umană, și a permite profilaxia actelor ce încalcă relațiile sociale și normativitatea. Expertologia devine astăzi o metodă științifică de cercetare a patologiei prin violență, și implicit de susținere a normativității sociale, de devansare a ordinii sociale și chiar de promovare socială a medicinei.

Exigențele societății față de asistența medico-legală cresc odată cu societatea civilizată care amplifică nevoia firească a omului spre adevăr și justiție, de unde răsunetul social-uman al oricărei injustiții frustrante. Aici rezidă efortul firesc al medicinei legale de a ajuta ordinea de drept în societate. Din această năzuință perenă a spiritului uman către progres și obiectivitate s-a născut, alături de medicina legală, vocația medicului legist, ca o vocație a medicinei și a dreptului, de grijă și acuratețe științifică față de deciziile sale ce au antrenat totdeauna onoarea și libertatea semenilor.

Medicina legală slujește nevoile justiției și ale societății, atît prin cunoștințele sale științifice proprii (patologia medico-legală) cît și prin cunoștințele medico-biologice generale care sînt interpretate, avizate și aplicate într-un spirit judiciar la nevoile dreptului. Rezultă că, în mod obligatoriu, coexistența unui fapt medical cu altul juridic implică din partea medicului legist atît cunoștințe medicale cît și cunoștințe din domeniul dreptului, în scopul de a corela două modalități oarecum diferite de gîndire: gîndirea juridică, abstractă, a normelor și legilor cu gîndirea medico-biologică, concretă, a cazurilor în speță. Se justifică astfel, din plin, de ce medicina legală este o specialitate de graniță prin excelență.

Obiectul medicinei legale constă în aplicarea noțiunilor specifice de patologie medico-legală cît și a noțiunilor medico-biologice generale la nevoile justiției și societății. Obiectul său se realizează prin expertologie care implică „libertatea și independența unui medic ce a căpătat o mare abilitate și experiență într-un domeniu dat în care poate decide asupra unor fapte". Expertologia aduce în discuție aptitudinea medicinei legale ca știință, de la etapele descriptive la cele inductiv-deductive și pînă la evoluția sa axiomatică actuală, medicina legală răspunzînd din plin statutului epistemologic de știință, deoarece are un domeniu propriu de lucru, concepte construite pe reguli precise, limbaj de determinare maximă, sistem de cunoștințe specifice despre legile de dezvoltare ale unui domeniu al naturii, ipoteze și metode specifice de lucru, teorii proprii etc. Aceste cunoștințe științifice se referă la trei domenii majore, și anume:

1. Patologia medico-legală morfologică (morfologia medico-legală) care studiază aspectele morfologice ale violențelor exercitate asupra vieții, și anume ale morții violente (crimă, sinucidere, accident) și ale morții patologice, îndeosebi ale morții suspecte (moartea subită), diagnosticul diferențial dintre diferitele tipuri de moarte, agenții etiologici ai morții violente (mecanici, fizici, chimici, biologici și uneori chiar psihici), patogenia instalării morții, leziunile elementare, reacțiile vitale etc.

2. Clinica medico-legală (patologia medico-legală clinică) implică, de această dată, cercetarea violențelor exercitate asupra sănătății, deci a persoanei, și care se soldează cu diferite grade de vătămare sau de infirmitate. Acest capitol exprimă altă modalitate de aplicare a cunoștințelor medico-legale în scopul apărării sănătății fizice, morale, demnității și onoarei persoanei umane și include vătămările corporale, violențele sexuale, comportamen

tul aberant din diferitele îmbolnăviri psihice, cercetarea filiației dintre parentali și progeni etc.

3. O altă preocupare a medicinei legale, care face parte integrantă din obiectul său și care tinde să se desprindă ca o disciplină independentă alături de biocriminalistică, toxicologie clinică, psihiatrie medico-legală etc. este *deontologia și dreptul medical.* Preocuparea medicinei legale pentru adevăr în societate și justiție a dus, a fortiori, la abordarea responsabilității medicale sub aspectul său etic (știința datoriei) sau juridic (criteriile răspunderii juridice medicale). Deontologia și dreptul medical apar ca acte științifice și de cultură, la limita dintre științele medicale și cele social-juridice, în care se extinde competența medicinei legale prin principiile de lucru și autoritatea sa științifică. În țara noastră, chiar de la începuturile înființării învățământului medical, programa analitică a cursului de medicină legală a inclus deontologia medicală „ca acea parte a medicinei legale care se ocupă cu îndatoririle corpului medical, cu raporturile medicilor între ei, față de societate, justiție și față de pacienți". Înaintașii noștri în specialitate au promovat și crezut sincer în realitatea realizării umanismului social și în îmbogățirea valorilor socio-culturale prin afirmarea deontologiei medicale. Prin respectul nelimitat al adevărului și obiectivității științifice, personalitățiile ce au slujit medicina legală au contribuit la evoluția ascendentă a deontologiei medicale, corolar firesc al oricărui act tehnic și gest profesional-uman. Ei au susținut astfel caracterul euristic al moralei medicale ce implică aspirația către cele mai înalte culmi profesionale și către sporul de cunoaștere etică al profesiunii noastre, fără de care nu pot exista succesul și satisfacția profesională. Deși deontologia medicală nu este un epifenomen al medicinei legale ci o prefață a întregii practici medicale, o preocupare inerentă a fiecărui medic, medicina legală a avut sarcina de a aborda, sub aspect științific, comportamentul profesional precum și criteriile sale tehnice, etice sau juridice de evaluare. La baza acestor criterii stă respectul necondiționat al vieții omului, de unde caracterul științific al moralei medicale și realitatea sa valorică. Deontologia medicală susține realitatea faptului că viața, sănătatea și personalitatea omului au un caracter absolut, inalienabil și imprescriptibil, constituind valori ce trebuie susținute în cadrul moralei și practicii profesionale, deontologie care devine astfel o adevărată axiologie medicală (o etică a unui comportament anticipativ și reflectat al oricărei decizii profesionale, în măsură a susține valorile sociale, consecutiv necesității creșterii calității asistenței medicale).

Criteriile specifice ale responsabilității juridice profesionale se structurează astăzi într-o preocupare independentă denumită drept medical. Ca și deontologia medicală, dreptul medical a constituit una din cele mai vechi ramuri ale dreptului profesional, care, încă din antichitate, alături de codurile etice, s-a exprimat în legiferări specifice profesiunii medicale.

Ca o știință de graniță prin excelență, medicina legală relevă fidel interferența dintre științele medico-biologice și cele medico-sociale în cadrul preocupărilor sale epistemologice. Într-o atare viziune, paradigmele medicinei legale contemporane se referă la:

— adîncirea viziunii sale sistemice cu aptitudinea de a evita unilateralitatea, promovînd interdisciplinaritatea și generalizarea, stabilind punți epistemice între concret și abstract, între parțial și integral, între biologic și juridic etc.;

— extinderea studiului determinismului științific cauzal ca și a abordării probabilistice a fenomenelor biologice;

— realizarea de „matrice epistemice" cu scop de praxis pentru totalitatea categoriilor și instituțiilor juridice;

— axiomatizarea cunoștințelor medico-legale ca aptitudine de a gîndi prin teorii, doctrine etc. cu valoare prospectiv-profilactică.

Într-o astfel de viziune, medicina legală actuală tinde a-și elabora paradigme proprii plecînd de la realitățile specifice ale celor două discipline (adevărul juridic abstract și medical concret) și care implicit aduc metodologia de lucru a gîndirii științifice integratoare. Ca orice știință și medicina legală include 4 nivele de cunoaștere (Piaget): material, conceptual, epistemologic intern (specific) și epistemologic derivat (interdisciplinar). Ca expresie ultimă a adevărului medico-legal, modelul interdisciplinar implică disciplinaritate, multidisciplinaritate (recurgerea la metode de lucru ale altor discipline), pluridisciplinaritate și interdisciplinaritate (prin stabilirea de axiome comune, de punți de legătură între cunoștințe) precum și transdisciplinaritate (conceptele medico-legale fiind utile multor alte discipline social-juridice). Într-o astfel de viziune, medicina legală devine o știință interdisciplinară prin excelență ce capătă funcții specifice interdisciplinarității, printre care funcții euristice (de ajutor în crearea normativității, de asanare sau promovare a unor fenomene sociale), funcții axiologice (de corelare a idealului de adevăr din știință cu cel de bine din drept), funcții epistemologice (de corelare a criteriilor celor două discipline într-o criteriologie specifică cu aptitudine explicativ-pragmatică și prospectiv — profilactică prin elaborarea de matrice logico-epistemice specifice). Prin concepte proprii și metodologii specifice de lucru, medicina legală include caracteristicile științelor actuale de a fi sisteme logice, cu modele holistice de gîndire, care oferă conexiuni conceptual-operaționale și unitate teoretic explicativă unor fenomene medicale. În acest scop, medicina legală realizează o cunoaștere riguros probantă și apodictică ce comută cunoașterea faptică în decizie. Prin enunțurile sale organizate în teorii și concepții, prin metodele și criteriile cu care validează aceste enunțuri, medicina legală oferă o concepție specifică despre persoană, personalitate și relațiile sale existențiale, răspunzînd deziderateloi de știință autentică. Într-un atare context, medicina legală dezvoltă simțul obiectivității și echității, disciplina în gîndire etc., ca atribute etice conexe indispensabile omului de știință. În același timp, o atare formație etică aduce rejetul rutinei (ce distruge spiritul), semidoctismului (ca însușire neștiințifică a științei ce aduce diletantismul) și orgoliului (ce aduce inevitabil greșeala umană).

În efortul de promovare a unor paradigme proprii se include și efortul științific al medicinei legale de creare a dreptului medical. Complexitatea crescîndă a relațiilor sociale din domeniul medicinei, caracterul etatic al relației medic-bolnav, responsabilitatea medicală în creștere, nevoia de a corela un adevăr tehnic concret cu altul juridic abstract, impun adoptarea unei legislații specifică exercițiului complex al actului medical. Se știe că norma juridică, tocmai prin caracterul său abstract, nu poate reglementa exhaustiv toate domeniile vieții sociale. Particularizarea acestei norme la diferite domenii ale vieții sociale a dus la apariția unor ramuri de drept în tendința de corelare mai fidelă a principiilor juridice cu realitățile concrete ale diferitor domenii de viață socială.

Conținutul dreptului medical nu se referă atît la normele de organizare ale activității sanitare cuprinse în legi, cît la epistemologia responsabilității profesionale ce implică criterii specifice de imputabilitate în raport de specificul medicinii. Într-o astfel de abordare criteriologică, un cod medical va distinge criteriile răspunderii pentru greșeli profesionale de tip *res ipsa lo-*

quitur (care își restrîng progresiv domeniul în raport de achizițiile științei) de cazurile nefericite (misadventure) sau de cele de limită. Criterii specifice vor delimita, de asemenea, răspunderea juridică de cea etică în profesiunea medicală. În acest mod, greșeala profesională, noțiune juridică în formă, devine, în fond, prin conținutul său, o noțiune medicală ce obligă la criterii și corelații specifice față de greșeala în general.

De asemenea, un astfel de drept va delimita noțiunile de ignoranță, imprudență, neglijență și ușurință medicală față de cele de ignoranță, imprudență, neglijență și ușurință generală, în scopul partajării echitabile a unei responsabilități ce basculează de regulă între prejudiciul bolnavului și comportamentul medicului. Mai mult, în conținut, dreptul medical va delimita preocupările unor categorii medico-legale cum ar fi pierderea șansei, activitatea de echipă, secretul medical, responsabilitatea auxiliarilor medicali, limitele psihologice, etice, tehnice și juridice ale consimțămîntului medical, riscul medical, limitele erorii față de greșeala medicală, starea de necesitate medicală, limitele responsabilității delictuale față de cea civilă în practica medicală, a responsabilității de rezultat sau de mijloace, a prejudiciilor morale în profesiunea medicală, a asigurărilor medicale etc.

Criterii specifice ar da conținut fiecăreia din aceste categorii profesional-medicale și juridice, care nu ar fi altceva decît criteriile specifice ce definesc greșeala medicală în condițiile generale de a fi prevăzută de lege, a avea pericol social (cele două condiții de bază ale imputabilității) și a fi comisă cu vinovăție (vinovăție ce trebuie să raporteze prevederea medicală la prevederea generală).

Unei tendințe moderne de constituire a dreptului medical i se adresează cele mai autorizate opinii științifice care, pe lîngă conținutul specific al dreptului medical, prevăd și proceduri specifice cum ar fi activitatea unor comisii de expertiză, competența experților, culegerea și evaluarea probelor etc. (anexa I).

Beneficiul constituirii unui drept medical ar fi, în plus, crearea unei jurisprudențe medicale specifice cu mare valoare în orientarea și îndrumarea activității medicale prin prisma responsabilității profesionale. Cum responsabilitatea etică și juridică constituie elementul dinamizator și nexul unei activități medicale competente și conștiincioase, evident că, prin toate acestea, s-ar aduce un aport substanțial la creșterea calității asistenței medicale, obiectiv principal al preocupărilor cetățenești și de stat. Prin norme ce ar reglementa specific și exhaustiv profesiunea medicală, dreptul medical ar deveni un factor evident de progres în domeniul relațiilor sociale sanitare sanogenetice și curative, fapt care, în ultimă instanță, s-ar repercuta pozitiv asupra calității vieții, obiectiv esențial al preocupărilor politice și de stat în societatea noastră.

Tendințele actuale de dezvoltare ale medicinei legale vizează aplicarea nelimitată a datelor științei medicale în lupta „cu ignoranța, obtuzia sau viciul" care mai afectează relațiile interumane autentice din societate.

1. O tendință majoră de dezvoltare a medicinei legale se referă la caracterul său *interdisciplinar.* Medicina legală presupune, deseori, atît sub aspectul necesităților științifice cît și al prevederilor legale, o activitate interdisciplinară, de echipă. Activitatea unui medic legist solitar este din ce în ce mai limitată, deoarece, frecvent, el apelează la aportul altor specialiști (toxicologi, histopatologi, psihiatri etc.) în afirmarea și susținerea concluziilor sale. Multiplele domenii de activitate implică o atare metodologie de lucru. De exemplu, cercetarea cauzelor și profilaxiei unei devianțe la un minor implică

cooperarea medicului legist, psihiatrului de copii, psihologului, sociologului și juristului în vederea unei concluzii univoce asupra responsabilității și mai ales asupra modalităților de reinserție socio-familiară. Cercetarea unei intersexualități fenotipice în scopul definirii sexului civil, expresie socială a nivelelor inferioare privind sexul biologic, implică cooperarea geneticianului, endocrinologului, antropologului și medicului legist în scopul precizării diagnosticului și mai ales al dezvoltării psihologice ulterioare. Rezolvarea unei morți violente presupune aportul medicului legist ca morfolog precum și a histopatologului, serologului, toxicologului etc., în scopul precizării științifice a cauzelor și condițiilor morții. Exemplele s-ar putea multiplica. În acest mod, medicina legală se încadrează în evoluția firească a medicinei contemporane spre hiperspecializare însă, întotdeauna, sarcina medicului legist va rămîne aceea de a asigura sinteza pertinentă a diferitelor date științifice medicale precum și corelația lor cu faptele juridice și sociale. Prin specificul și caracteristicile sale, medicina legală va rămîne astfel pivotul oricărei activități de echipă ce va tinde a pune cunoștințele medicale în slujba justiției.

2. Integrarea clinică, din ce în ce mai frapantă, este o altă tendință de dezvoltare actuală a medicinei legale. Exigențele normativității sociale protejează personalitatea umană în toate formele sale de manifestare, incriminînd nu numai atingerea vieții și integrității corporale ci și a demnității și onoarei persoanei. Odată cu creșterea gradului de cultură și civilizație a unei comunități umane, omul apelează din ce în ce mai mult la susținerea afirmării intereselor sale sociale cu ajutorul științei, în speță cu ajutorul asistenței medico-legale. Domenii noi de cercetare și asistență se impun astăzi specialistului, printre care definirea sexului, devianțele comportamentale la limită cu normalitatea, dizarmoniile conjugale, filiația dintre părinți și copii etc. Toate aceste domenii, alături de cele clasice, implică profunde cunoștințe clinice, de unde evoluția firească a medicinei legale spre organizare și integrare clinică proprie (clinici de patologie toxică, traumatologie, psihiatrie medico-legală etc.) sau spre integrare cu alte specialități clinice.

3. Dezvoltarea științei medicale contemporane lărgește cîmpul *investigațiilor științifice* necesare dreptului și crește caracterul lor de concludență. Adevărul medical, prin însuși caracterul său științific, are coeficientul cel mai mare de pertinență și concludență probatorie. Acest caracter decurge din rigoarea științifică a oricăror explicații medico-legale, ce exclude dilentantismul și aprecierile echivoce. Cînd vorbim de expertologie înțelegem tocmai această latură a medicinei legale care, în cadrul unei activități oficiale de expertiză, ajută la stabilirea adevărului juridic prin pertinența (caracterul de a fi la obiect) și concludența (aptitudinea de a da soluția științifică a cauzei) actelor sale. Pentru ca expertologia să răspundă acestor obiective de bază ale practicii procesuale judiciare, investigațiile științifice se vor conforma următoarelor reguli:

— orice determinare se va face prin mai multe metode de investigație;

— investigațiile se vor face cu caracter de urgență, avînd în vedere situația frecvent perisabilă a probelor biologice;

— se vor utiliza metodele de determinare ce au sensibilitate și specificitate maximă;

— se vor utiliza metode ale căror rezultate sînt cifrabile și astfel devin convingătoare;

— se vor utiliza totdeauna metode de analiză încrucișată, între diferite laboratoare, totdeauna cu verificare prin martori științifici, și astfel cît mai obiectivate material.

Atare cerințe sînt impuse tocmai de valoarea și greutatea adevărului științific în justiție cînd, de exemplu, o analiză banală poate condiționa rezultatul întregii cercetări judiciare. Astfel, determinarea corectă sau, dimpotrivă, greșită a unei grupe de sînge poate pune justiția pe calea stabilirii adevărului sau, dimpotrivă, poate antrena o eroare în cercetarea judiciară.

Din necesitatea aplicării riguros-științifice a metodelor de investigație și criteriilor medico-legale de evaluare, decurge responsabilitatea deosebită a expertului față de concluziile sale științifice, care, în context cu celelalte probe, stau la baza verdictelor judiciare.

4. Aportul medicinei legale în domeniul *sănătății publice* este o altă tendință de dezvoltare a științei și practicii medico-legale.

Medicina legală, în evoluția sa, nu s-a limitat numai la a oferi cunoștințe științifice necesare dreptului și societății ci, prin caracterul și conținutul său profund social, a ajutat din plin la cunoașterea unor probleme de larg interes medico-social. Astfel, în țara noastră, activitatea medicilor legiști, care printre primii se întîlneau cu urgențele medicale, a stat la baza înființării acestui sector de asistență medicală. Studiind și aprofundînd factorii de risc ai morții nemotivate, neașteptate (ai morții subite), medicina legală a oferit asistenței publice criteriile profilactice ale acestui tip de moarte. Cunoscînd mai bine factorii epidemiologici și morfologici ai morții subite, sănătatea publică posedă astfel criterii în plus de profilaxie a morții nemotivate. Cercetarea comportamentului deviant, a cauzelor și patogeniei sale, nu servește numai stabilirii responsabilității penale față de faptele imputabile ci are un scop social-uman mult mai larg, și anume acela de prevenire a devianței prin readaptare și reinserție socială. Cercetarea cauzelor unei dizarmonii de cuplu nu servește numai unui scop judiciar legat de un divorț ci, în primul rînd, aceluia de echilibrare a vieții conjugale prin mijloacele și metodele de asistență psiho-medicale actuale. Studiul factorilor de risc în medicina legală se extinde la multiple alte domenii, cum ar fi acela al patologiei traficului, intoxicațiilor acute etc., în scopul profilaxiei eficiente a acestor cauze de morbiditate. De remarcat că, în aceste domenii, medicina legală are prioritatea unor inițieri și delimitări actuale cu finalitate practică legată de asistența medicală și de sănătatea publică.

5. Prin cuceririle sale științifice, medicina legală înregistrează și o altă tendință actuală, și anume aceea de a *devansa* permanent reglementarea și legiferarea ordinii de drept în societate. Astfel, în domeniul infracțiunilor legate de viața și sănătatea omului, prin cuceririle sale științifice, medicina legală ajută legiferarea la obiect a acestor instituții juridice. În domeniul stabilirii morții, medicina legală, prin definirea criteriilor științifice privind organul și/sau organele ce definesc acest moment, oferă dreptului și opiniei publice criterii științifice de evaluare ce stau la baza legiferărilor judiciare, atunci cînd este necesară crearea cadrului legal al recoltărilor de organe în scop de transplant prin evitarea oricărui abuz în domeniu. Definind momentul viabilității ca și al stării de nou-născut, medicina legală ajută la legiferarea infracțiunii de pruncucidere în conformitate cu cuceririle științifice. Studiind comportamentul patologic în diferite îmbolnăviri psihice, medicina legală a ajutat la legiferarea obligativității expertizei medico-legale în orice violență cu caracter bizar, monstruos. Promovînd ideea particularităților de dezvoltare infantilo-juvenilă și a riscurilor de inadaptare la această perioadă, cunoștințele medico-legale au stat la baza obligativității expertizei medico-legale psihiatrice a minorilor, în scopul principal de a găsi mijloace de reinserție socială, înaintea mijloacelor de coercițiune. Multiple alte exemple ar putea ilustra modul cum medicina legală, prin cunoștințele sale științifice,

se află în atenția legiuitorilor și ajută la elaborarea normelor legale. O astfel de tendință este afirmată și în domeniul profesiunii medicale, dreptul medical nefiind altceva decît tendința de a particulariza criteriile răspunderii profesionale la specificul practicii medicale.

Din tendințele actuale de dezvoltare a științei medico-legale decurg *particularitățile de gîndire* ale acestei specialități precum și specificul vocației profesionale a medicului legist care trebuie să posede o competență maximă, avînd în vedere soarta concluziilor sale. Sub acest aspect, metodologia de lucru medico-legală implică:

— *Interpretarea* faptelor medico-biologice în raport cu normele și obiectivele dreptului. Ca știință a evidențelor, medicina legală obligă la o viziune științifică permanentă asupra faptelor pe care le analizează, de unde necesitatea cunoașterii precise a faptelor medicale precum și a normelor și spiritului dreptului. Interpretarea corelativă a faptelor medicale cu finalitatea lor juridică, pe lîngă viziunea științifică asupra raporturilor juridice implică și obiectivitate științifică, orice scepticism exagerat ca și orice optimism nestăpînit în soluționarea cauzelor medico-legale putînd fi pernicios. Medicul legist trebuie să posede echilibru logic și științific în toată activitatea sa, o discretă îndoială determinîndu-l totdeauna la obținerea unor rezultate cît mai certe. Căci, așa cum spunea Galien, medicul expert nu poate fi decît un discipol al adevărului (Simonin spunea că fără medicină, este evident că, în anumite domenii, nu poate fi o bună justiție). În acest scop, obiectivitatea științifică a medicului este condiția *sine qua non* ce stă la baza adevărului judiciar. Pentru ca verdictele sale să aibă valoarea unor fapte științifice, deci obiective, medicul legist trebuie să dea dovadă de competență maximă și conștiinciozitate ireproșabilă. Vocația medicului legist, ca vocație a medicinei și dreptului, implică competență și conștiinciozitate, medicina legală „nefiind atît o specialitate cît o competență" (Dérobert). Adevărul științific nu se poate sluji fără gîndire precisă și integritate intelectuală, fără conștiința morală a limitelor și eșecurilor profesionale proprii. Orice opinie nu poate fi constructivă decît dacă se bazează pe logică științifică, după cum orice observație, pe știință exactă. Astfel, medicul legist va susține și promova permanent convingerea despre puterea științei în munca sa fascinantă. El va ști, în virtutea acestor adevăruri, să-și recunoască permanent greșeala, căci, așa cum spunea un mare înaintaș, nu este nimic umilitor în a arăta că sîntem depășiți de un lucru, dar este foarte umilitor în a recunoaște o greșeală ce a avut consecințe nefaste. În cadrul unei adevărate profesiuni de credință, medicul legist trebuie să fie totdeauna dispus a pune în discuție propriile sale concluzii, pentru a da certitudine afirmațiilor sale. Departe de a ucide sensibilitatea ci, dimpotrivă, de a o ascuți, medicina legală ne învață să ne dominăm eșecurile, să le prevenim, consecutiv „trimiterii la cap a unui sînge rece de către o inimă caldă", să compensăm răceala țesuturilor cu căldura valorilor sociale promovate.

După Dérobert, cauzele de eșec profesional sînt încrederea exagerată în forțele proprii și în convingeri, aroganța în idei, surditatea la argumentele contrarii și luarea dorințelor drept realități; de aceea Lacassagne, Minovici etc. ne recomandau să privim faptele cu atenție, să procedăm cu ordine și metodă, după un plan prestabilit, să învățăm a ne îndoi, să nu ne lăsăm împinși de imaginație și să nu uităm că deseori cazurile mai banale pot fi cele mai complicate. Cum, în practica mediço-legală, certitudinea implică claritate, precizie științifică și siguranță etică, munca medicului legist capătă valoarea unui fapt axiologic de participare subiectivă (dragoste pentru profesiune

și de obiectivare a ei în realități științifice (în adevăruri ce susțin ideea de dreptate).

— *Contactul* permanent al medicului legist cu faptele medico-biologice pe care le cercetează și analizează este o altă particularitate a muncii în specialitate. Implicațiile sociale și juridice majore ale actului medico-legal, act medical în conținut dar juridic în formă, obligă pe medicul legist a nu face nici o afirmație dacă aceasta nu este motivată de evidențele obiective ale faptelor cercetate. Sub acest aspect, munca medicului legist este incompatibilă cu diletantismul, care, rupîndu-ne de realitatea faptelor analizate, riscă concluzii polimorfe, ambigue sau stufoase. În practica medico-legală, diletantismul și superficialitatea, alături de incompetență, constituie servituțile principale ale veridicității actului medico-legal. Medicul legist trebuie să-și pună totdeauna cît mai multe ipoteze de lucru, pe care să le transforme în teze numai cu ajutorul faptelor cercetate și investigate. Din acest punct de vedere, scepticismul său prudent este o adevărată trăsătură de caracter, o înțelepciune profesională care va condiționa certitudinea adevărului ulterior. Este mai bine ca, fără a fi paralizant, medicul legist să se îndoiască de concluziile sale, deoarece aceasta îl va determina la epuizarea tuturor mijloacelor prin care se va convinge științific. Cine crede că nu se înșeală se înșeală totdeauna, spunea Bachelard, iar Hegel vorbea de scepticismul cel bun, Marx de omnibus dubitandum ca antidot al dogmatismului și credulității, Popper de aptitudinea de a face erorile fertile, căci a face știință implică aptitudinea de a-ți schimba părerile consecutiv confruntărilor de opinii științifice (Cajal). Din acest punct de vedere, deși medicina legală se crede aparent a fi o medicină detectivă, ea este în realitate o știință bazată pe cercetare și logică minuțioasă și metodică. Pe parcursul investigațiilor sale, în aceeași măsură, medicul legist trebuie să dovedească spirit critic și autocritic, scoțînd în evidență lacunele actelor medico-legale cît și pe cele ale actelor sale proprii, în scopul de a sluji numai adevărul științific.

În concluzie, atitudinea profesională a medicului legist trebuie să fie bazată pe realism și moderație pentru că numai o astfel de conduită, cum spunea Pascal, ține spiritul nostru deasupra meseriei și permite a da actelor noastre încărcătura socială și valoarea umană cerută. Medicul legist trebuie să știe să convertească servituțile în pasiuni, să fie conștient că slujește o specialitate prin care „se consumă zilnic dar renaște axiologic". Pentru a pune puțină eternitate în activitatea sa, el trebuie să fie convins că servituțile și dificultățile profesionale au creat mai multe caractere decît confortul și delectarea, să știe să umple viața sa profesională cu lumină și căldură, că viața se justifică doar prin răspunsurile noastre eroice la sfidările ei și, în aceste condiții, „trebuie să fii superior dezgusturilor proprii", să găsești aptitudinea intrinsecă de a te rupe de nesemnificativ, să lupte cu „fericirea" care înseamnă mediocritate, să lupte pentru a pune puțină eternitate în opera sa, prin vocația cea mai specific umană care este promovarea adevărului și, prin adevăr, a binelui și frumosului. Ceea ce pentru un terapeut este vindecarea, pentru medicul legist este adevărul ce devine un fel de res sacra, pentru că, așa cum spune Camus, atunci cînd amănuntul este viața unui om, pentru noi el reprezintă toată lumea și toată istoria. În postura de a da verdicte despre alții, medicul legist trebuie să fie preocupat pînă la obsesie despre echitate (altfel, actele sale putînd lua forma unui abuz de drepturi) și să fie lipsit de prejudecăți, știut fiind că nu poți judeca pe altul dacă ai o idee preconcepută despre el.

Din cunoașterea și recunoașterea climatului etico-psihologic de lucru al medicinei legale, decurg alte particularități de gîndire în medicina legală.

Medicina legală nu este o medicină a „represiunii" ci o medicină care, prin datele sale științifice, slujește adevărul, indiferent cui servește el. În felul acesta, medicina legală slujește realizarea umanismului relațiilor sociale și ajută la stabilirea indirectă a vinovăției sau inocenței unei persoane. Specificul particular de lucru din practica medico-legală, cu bolnavi vindicativi sau victime deznădăjduite, obligă pe medicul legist la a respecta întru totul principiile etico-psihologice ale contactului cu bolnavii, principii care, în general, nu exonerează de la regulile clasice ale psihologiei și deontologiei medicale. Prezentarea medicului în fața bolnavului, arătarea scopului examinării, prezentarea succintă a raportului dintre actul medical și cel juridic, înțelegerea oricărei ingratitudini etc., sînt condiții esențiale ale acceptării actului medico-legal de către bolnav.

În ceea ce privește relațiile cu autoritatea de stat, ca și față de bolnav, medicul legist trebuie să convingă indubitabil, prin muncă, despre responsabilitatea și calitățile sale morale. Cum aceste calități de personalitate se dovedesc numai în comportamentul său general și profesional, medicul legist trebuie să ateste, cu fiecare ocazie, despre conduita sa etico-juridică ireproșabilă. Responsabilitatea sa, ca înțelegere și îndeplinire a îndatoririlor sale sociale, trebuie să devină o trăsătură de caracter, în virtutea căreia el își va asuma orice risc profesional în vederea cunoașterii adevărului, va fi în mod permanent nemulțumit față de sine însuși și își va cunoaște totdeauna capacitățile profesionale proprii. Numai posedînd acest sentiment al responsabilității profesionale și sociale, medicul legist va avea siguranța și fermitatea verdictelor sale, își va dezvolta caracterul, se va autocunoaște real, va avea disponibilități în ajutorarea ideii de adevăr științific, care vor conferi și satisfacția sa proprie. Căci, în medicina legală, orice diagnostic devine un verdict și, în acest fel, specialitatea devine necesară echilibrului societății moderne, contribuind la reglementarea echitabilă a relațiilor dintre oameni. Munca sa fiind prin excelență un exemplu de „slujire a specialității fără a se sluji de ea", muncă ce, efectuată deseori în condiții neconfortante și supusă criticii diletante, va căpăta un mesaj de neprețuit ce va consta tocmai în caracterul său socialmente util.

— În sfîrșit, pentru medicul legist îndeosebi, ca și pentru orice medic ce parcurge această materie, medicina legală constituie și o *experiență de viață* care ajută la împlinirea profesională proprie. În toate tratatele, datorită particularităților muncii sale, medicul legist este descris ca un profesionist cultivat, integru și modest. Efortul către aceste atribute rezidă în convingerea despre utilitatea socială a actului medico-legal ca factor de cultură în societate și care, totdeauna, se alătură valorilor pe care le susține. Medicina legală devine astfel o disciplină și un act de cultură. Sub acest aspect, nu se mai poate vorbi de specialități mai mari sau mai mici, specialități de frunte sau cenușărese, orice specialitate avînd mesajul său socio-cultural, care, slujit cu convingere, oferă certitudinea valorii și utilității muncii proprii.

În epoca actuală de civilizație pe care o parcurgem, a cunoaște este a prevedea pentru a putea, spunea A. Comte. Astăzi cînd „întreaga știință lucrează pentru opera de adevăr și justiția care vine", și medicina legală capătă un statut complex social (fiind un factor de progres social), ontologic (fiind o știință a înțelepciunii ce arată rolul real al omului pe lume), antropologic (făcînd eforturi pentru schimbarea condiției umane prin prevenirea inadaptării și violenței) și epistemologic (fiind un model explicativ ideal). În virtutea acestui statut complex, medicina legală capătă funcții noi cum ar fi aceea de a ajuta socializarea condiției umane prin interiorizarea normelor, de a realiza

securitatea emoțională și maturizarea empatică prin spiritul de autoritate și toleranță la frustrații pe care îl conferă.

Din cele de mai sus rezultă că medicina legală, *per a contrario*, nu poate fi compatibilă unor alte tendințe ca:

— medicina legală nu poate fi un act de *amatorism*, prin care oricine poate emite o concluzie, indiferent de specialitatea sa. Așa cum s-a văzut, medicina legală presupune cunoștințe temeinice atît din domeniul medicinei cît și al dreptului și orice abdicare de la această dublă competență, prin acceptarea „dependenței" față de alți specialiști, ar însemna nu numai o depersonalizare a actului medico-legal dar și o amputare din semnificația și sarcinile muncii proprii. Practica a arătat că amatorismul în această specialitate este tot atît de nociv ca și necunoașterea profesiunii;

— medicina legală nu este compatibilă cu *diletantismul* care, în aceeași măsură, poate antrena grave erori în stabilirea adevărului judiciar. Medicul legist trebuie să fie stăpîn pe cunoștințele și convingerile sale și să nu se bazeze decît pe faptele analizate;

— medicina legală nu reprezintă o medicină a *represiunii*, iar medicul legist nu este un „anchetator în halat alb", nici chiar în domeniul responsabilității profesionale, unde adevărul științific trebuie promovat de către orice medic, indiferent de calitatea și specialitatea sa. În activitatea sa, medicul legist trebuie să respecte la maximum ființa umană, să se ferească de orice gest care ar lăsa impresia forțării adevărului științific, să slujească principiile moralei și psihologiei medicale;

— medicina legală nu este o *seducție spre fabulos*, de culegere a aspectelor deosebite ci o activitate cotidiană social-utilă, chiar dacă uneori cazuistica medico-legală prezintă aspecte particulare. Medicul legist trebuie să îndeplinească cu același tonus munca sa, indiferent de spectaculozitatea cazului, deoarece, orice caz, chiar banal și ca atare ușor de rezolvat, poate fi în realitate un caz greu și foarte important.

Un mare medic legist încerca să chinteseze, în pasajul de mai jos, toate aceste atribute de competență și conștiință ale medicului legist, cînd spunea: „medicul legist trebuie să posede simțul profund al întîlnirii cu abnegația, să aibă un dispreț intangibil față de comentariile celor diletanți, un anumit curaj, o priză de conștiință foarte clară a responsabilităților sale și un foc devorant, ce nu se stinge niciodată, pentru a accepta, de o manieră deliberată, a fi medic legist pe viață. Ceea ce munca sa pare să piardă în grandoarea directă a contactelor umane, se regăsește în echitatea și gravitatea verdictelor sale date asupra oamenilor". În aceste condiții, „soarta medicinei legale poate fi comparată cu a unei permanente furtuni, iar a medicului legist cu a cîrmaciului solitar, care, în timpul furtunii, nu știe dacă apa ce-i umple ochii vine din mare sau de la propriile sale lacrimi. Dacă i s-a încredințat această sarcină și i s-au umplut ochii de lacrimile suferințelor sale sau din apa valurilor ce i se ridică mereu în față, el trebuie să strîngă cîrma și mai tare, să urmeze calea demnă a înaintașilor săi, calea nevoilor sociale, în care va găsi și răsplata sa proprie".

Sarcinile medicinei legale, în contextul prevederilor legale, rezidă în următoarele:

— satisfacerea nevoilor judiciare prin oferirea de probe științifice în conformitate cu dispozițiile legii;

— asigurarea sporului de cunoaștere în probleme de sănătate publică și de asistență medicală;

— promovarea principiilor de deontologie și drept medical în scopul creșterii calității asistenței medicale și al creării climatului optim de lucru al personalului medico-sanitar.

Aceste obiective sînt trecute în legea de organizare a sectorului de medicină legală din țara noastră (Decretul 446/1966), și ele constituie necesități firești de asistență medico-legală și de încorporare a acesteia în problemele generale ale ocrotirii sănătății în societatea noastră socialistă.

Este de menționat că, față de alte țări, unde medicina legală își limitează activitatea doar la nevoile judiciare, un astfel de context larg de lucru devine caracteristic societății noastre. De exemplu, în țările anglo-saxone, științele *forense* (*forensic* vine probabil de la *forum*) sînt definite ca științe ce aplică cunoștințele medicale la nevoile legii, în scopul stabilirii adevărului, atît în domeniul dreptului civil, al dreptului penal, sau chiar la comportamentul social, în scopul de a evita injustiția. În științele forense intră și medicina legală, definită de J. Ferris ca „o patologie medico-legală ce implică examinarea organelor și țesuturilor în scopul de a determina realitatea și semnificația medico-legală a unei îmbolnăviri. În realitate, în practică, rolul specialistului este de a conduce un examen medico-legal în numele justiției". În aceste țări, între organul judiciar și practica medico-legală se interpune activitatea coronerului, definită ca o instituție ce „vorbește despre moarte în scopul de a proteja viața". În fapt, coronerul este un specialist cu cunoștințe din ambele domenii, care are rolul de a depista morțile suspecte și a le clarifica ulterior cu ajutorul medicului. Și în alte țări, rolul medicinei legale este mai restrîns. În definiția lui Capitant, expertul, inclusiv medicul legist, este o persoană aleasă de judecător și care, datorită cunoștințelor sale tehnice, va primi misiunea de a proceda la examinarea, constatarea, aprecierea și consemnarea rezultatelor activității sale. Mai mult decît atît, chiar definiția medicinei legale după Etienne Martin relevă o astfel de preocupare strictă: „medicina legală este aplicarea cunoștințelor medicale și biologice la problemele ce privesc drepturile și îndatoririle oamenilor reuniți în societate".

De altfel, toată literatura medico-legală sau conexă este axată pe sarcina soluționării spețelor judiciare. De exemplu, S. Smith spunea că „nu există două cazuri similare în medicina legală. Informațiile cu privire la aspectele ce stau în spatele cazului sînt interesante în totalitate și îmi place să lucrez ca un medic detectiv. Astfel, descopăr că totdeauna tind a folosi experiența și pregătirea mea pentru rezolvarea acestor scopuri". La fel spunea în literatura conexă: „fiți sigur că voi reuși să descopăr adevărul. Acesta, oricît de urît ar fi el însuși, are totdeauna un farmec pentru cel ce-l caută".

În condițiile noastre de lucru, medicina legală nu are relații numai cu dreptul (care, de altfel, rămîne preocuparea sa principală) ci își afirmă, din ce în ce mai viguros, sarcinile sale sociale în domeniul ocrotirii sănătății publice precum și competența sa în domeniul dreptului medical, de limită între științele medicale și cele juridice. În acest mod, mesajele medicinei legale devin mult mai largi și cuprinzătoare, pe lîngă slujirea ideii de dreptate, ele incluzînd și un autentic mesaj social de apărare a relațiilor sociale precum și un veridic mesaj uman de slujire și apărare a intereselor persoanei. În acest mod, medicina legală luptă prin mijloacele științei cu tot ce este inuman în societate și contribuie, alături de totalitatea relațiilor sociale socialiste, la promovarea unor noi interrelații între oameni și a acestora cu normativitatea, aducîndu-și contribuția, în acest mod, la afirmarea și promovarea umanismului socialist. Cu alte cuvinte, medicina legală nu este numai o medicină pusă în slujba dreptului și consumată cotidian prin expertize medicale, ci

dimpotrivă, ea contribuie și pune și dreptul în slujba medicinei, prin ocrotirea relațiilor sociale din domeniul sănătății publice precum și prin promovarea jurisprudenței medicale în practica medico-sanitară.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ander Z., Bilegan, I., Molnar V., *Medicina legală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1967.
2. Bogdan G., *Curs de medicină legală*, Iași, 1924.
3. Gerin C., *Medicina legale e delle assigurazioni*, Roma, 1970.
4. Kernbach M., *Medicina judiciară*, Editura Medicală, București, 1958.
5. Malherbe J., *Medicine et droit moderne*, Masson, 1968.
6. Minovici M., *Tratat de medicină legală*, București, 1928.
7. Moraru I., *Medicina legală*, Editura Medicală, București, 1967.
8. Scripcaru Gh., Ciornea T., *Medicină și drept*, Editura Junimea, 1975.
9. Scripcaru Gh., Ciornea T., *Deontologia medicală*, Editura Medicală, 1979.
10. Scripcaru Gh., Terbancea M., *Medicina legală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1970.
11. * * * — *Criteriologia medico-legală*, Iași, 1982.
12. * * * — *Știința și condiția umană*, Bacău, 1978.
13. * * * — *Axiologia românească*, Editura Eminescu, 1982.
14. * * * — *Medicine, Science and the Law*, Londra, 1978—1982.
15. * * * — *Congres of the International Academy of Forensic Medicine*, Viena, 1982.
16. * * * — *Scalpel and Quill*, Pittsburg Institut of Legal Medicine, 1980—1982.
17. * * * — *Legal Medicine annual*, Pittsburg, 1970—1974.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ELEMENTE PRIVIND EVOLUȚIA MEDICINEI LEGALE

Disciplină de graniță prin excelență, medicina legală, în decursul timpurilor, a avut o evoluție legată de progresul dreptului precum și de progresul medicinei. Evoluția sa legată de progresul dreptului s-a evidențiat prin aceea că, odată cu creșterea complexității relațiilor sociale, s-a creat un cîmp din ce în ce mai larg de aplicare a cunoștințelor științifice în domeniul dreptului. Evoluția sa legată de progresul medicinei s-a evidențiat prin aceea că, odată cu noile descoperiri ale științei medicale, aceasta a fost aptă în mai mare măsură a rezolva științific problemele judiciare.

Această interferență evolutivă a dus la crearea cîmpului nelimitat de aplicare a cunoștințelor științifice medicale în domeniul dreptului, fapt favorizat de caracterul modern și progresist al legislației socialiste, ce solicită masiv proba științifică, deoarece posedă aptitudinea de a convinge indubitabil, dar și de achizițiile științei medicale, în măsură să rezolve probleme din ce în ce mai dificile legate de viața și sănătatea omului ca relații sociale ocrotite și protejate de lege.

Încă în Codul Hamurabi se constatau dispoziții cu caracter medico-legal încadrate, evident, în specificul relațiilor sociale din acea societate. Sînt cunoscute, de asemenea, prevederile privind responsabilitatea medicală din acest cod și care aveau la bază legea talionului. În societatea sclavagistă, caracterul de clasă al dreptului includea și practica medicinei în general.

Codul Hamurabi din Mesopotamia, act juridic și carte de înțelepciune, se baza pe ideea că omul, trăind în cetate, se afirmă promovînd dreptatea, că încălcarea legii omenești duce la năruirea umanității. Hamurabi însuși se considera profet al dreptății. În Cartea Morților la egipteni, moartea era considerată o fatalitate benefică ce trebuie pregătită prin știință și morală (era de fapt o carte a vieții), dreptul și adevărul fiind considerate imanențe morale ale Universului. La chinezi, de asemenea, viața și moartea erau considerate două forme alternative ale existenței. Multiple dispoziții medico-legale întîlnim, de asemenea, în Lex Aquilia la romani, care era o lege axată cu precădere pe problemele răspunderii medicale. În această perioadă s-au elaborat și unele principii ale responsabilității juridice medicale bazate pe culpă (de ex. principiul *res ipsa loquitor*). Evoluția dreptului la romani a culminat cu Digestele lui Justinian care includeau multiple prevederi medico-legale asupra morților violente, avortului, pruncuciderii, responsabilității medicale etc. În Digeste părerea medicului era considerată mai mult o judecată decît o mărturie. Asclepios (Esculap) a fost trăznit de Zeus cînd a înviat un om deoarece a răsturnat ordinea lucrurilor în lume. Aristotel a făcut disecții descriind creierul, cordul etc. Pentru el, creierul e un sistem de răcire a sufletului ce vine de la inimă.

La Greci, în antichitate, Școala din Cos a fost aceea care a elaborat nu numai preceptele deontologice ale profesiunii medicale ce au culminat în jurămîntul lui Hipocrate, dar și multiple precepte medico-legale privind satisfacerea unor nevoi judiciare. Mai mult, problemele medico-legale făceau și obiectul opiniilor filozofice, fiind cunoscută, de exemplu, disputa dintre Aristotel și Platon privind definiția momentului viabilității fătului (și implicit a incriminării avortului și pruncuciderii), bazele răspunderii medicale etc.

Ambroise Paré.

La chinezi, mai tîrziu, apare culegerea de probleme medico-legale din anul 1200 intitulată „Cum se spală nedreptatea". În această culegere se găsesc condensate aproape în totalitate problemele medico-legale ce privesc viața și sănătatea omului.

Galen scapă de la moarte o femeie învinuită de adulter deoarece copilul nu semăna cu soțul, prin susținerea faptului că gravida a privit o statuetă din dormitor. Prima autopsie medico-legală se face la Bologna în 1302 pentru o intoxicație.

O legislație specială adresată domeniului medico-legal de activitate a fost edictată de Carol cel Mare în 1522, cunoscută sub numele de Lex Carolina. În cadrul acestei legi se delimitau, mai precis, rolul și sarcinile medicinei față de justiție.

Odată cu Renașterea, asistăm la o lărgire a cîmpului de aplicare a cunoștințelor medico-legale în domeniul dreptului și, în acest sens, trebuie reținută activitatea de medici legiști a celebrilor medici A. Paré (1510—1590) și Paul Zachias (1584—1659). Contemporan cu marii oameni ai Renașterii, A. Paré, medic al lui Henric al II-lea și Carol al IX-lea pe care îl salvează de la moarte în noaptea Sf. Bartolomeu, în lucrările sale a promovat și fundamentat științific necesitatea probei medicale în soluționarea spețelor judiciare. În 1575 el scria prima carte de medicină legală din Europa, intitulată „Despre rapoarte medico-legale și mijloace de conservare a cadavrelor", în care arăta că juristul nu se poate dispensa de cunoștințele medicale și că în fond el hotărăște după ceea ce expertul îi prezintă: „Chirurgii să nu prezinte plăgile mai mari ca mai mici și nici cele mici ca mari pentru că oamenii legii se consultă și judecă după cum li se raportează". Chiar dacă această viziune nu mai corespunde sistemului probator modern, ea a reprezentat un progres în evoluția probațiunii judiciare față de sistemul inchizitorial al probelor formale și o tendință de afirmare a puterii nelimitate a științei în soluționarea spețelor judiciare. Contemporanul său, Paul Zachias, savant al Renașterii, a scris de această dată primul tratat de medicină legală intitulat „Chestiuni medico-legale" în care dă denumirea actuală a specialității și în care afirmă, pentru prima dată, psihiatria medico-legală.

Pe lîngă aspectele progresiste din lucrarea sa (a intuit contagiozitatea tuberculozei) avea și limitări specifice timpului (malformațiile erau consecința împreunării cu diavolul, credea în autocombustia corpului prin aprinderea respirației celor ce au consumat alcool și întreținerea arderii de grăsime etc.), credințe ce au persistat pînă tîrziu (a se vedea Dickens în Casa întunericului). Medic, jurist, pictor și poet, ca o reacție față de tortura inchiziției susținea că nebunia e o boală și nu o posedare de către diavol și ca atare bolnavii nu au nici o vină. Opinia sa, că sperma are spirit vital ce permite fecundarea anteportas sau în baie a făcut pe Paracelsus să vorbească de fecundarea artificială cu spermă recoltată postmortem sau conservată.

În Spania, deși dispoziții medico-legale existau încă din vremea vizigoților (446), prima autopsie se face în 1532 la doi siamezi, pentru a constata dacă au unul sau două suflete. Acești autori și fapte au pregătit, sub aspect științific, progresul firesc al legislației promulgat în cartea lui Beccaria intitulată „Despre delicte și pedepse". După cum se știe, ca o reacție la dreptul feudal, în cartea sa, Beccaria a promovat și anticipat libertățile fundamentale ale omului în societatea burghezo-democrată, libertăți pe care le-a aplicat în domeniul dreptului prin principii rămase clasice: *nullum crimen sine lege*, *nulla poena sine lege*, *in dubio pro reo* etc.

Instituția medicinei legale se constituie în stat iar medicul legist apare ca specialist pentru prima dată în Germania, în anul 1799.

Morgagni (de la care probabil vine cuvîntul de morgă), la 79 ani (1682—1771), scrie lucrarea „De sedibus et causis morborum per anatomen indogatis" iar Giovani Lancisi, la 1707, scrie „Moartea subită". În 1783, Hunter descrie semnele de infanticid iar la 1750, Antoine Louis, expert al Curții franceze, descrie leziunile de contralovitură și, alături de Voltaire, arată sinuciderea în procesul Calas, evitînd condamnarea la moarte a tatălui victimei. Cabanis predă medicina legală ca și Fodéré (chirurg al lui Napoleon) care face prima inseminare artificială cu lichid seminal de la un soț cu hipospadias. Harvey, ce descoperă circulația sangvină, e apărat de Descartes, dar circulația sangvină a fost intuită de Galen, ce a arătat că arterele conțin sînge nu aer, de Vesale și Servet, ultimul ars pe rug la 1553 din ordinul lui Calvin, pentru că a afirmat în cartea sa că spiritul vital se transformă în spirit animal în plexurile coroide și că demonii intră cu aer în ventriculii cerebrali de unde ispitesc sufletul. În 1661 Malpighi studiază amprentele digitale dar abia Purkinje, în 1823, în teza sa de doctorat le descrie și clasifică, pentru ca Faulds într-o scrisoare către Darwin să arate importanța lor în identificare. Tot astfel, Pigray salvează de la ardere pe rug 14 oameni acuzați de vrăjitorie. Lombrozo a avut ca elevi pe celebrii penaliști Feri și Gárofalo.

Identificarea medico-legală a avut de asemenea o evoluție dramatică, de la însemnarea infractorilor cu fierul roșu (cu V de la voleur), la identificarea prin tatuaje, propusă de filozoful Bentham și rejetată de opinia publică, la identificarea antropometrică (anticipată de pe vremea lui Pilat de Publius Lentulus apoi de Leonardo da Vinci în „Trattato della pittura"), pînă la identificarea modernă de azi.

Ca și în Europa, în America, odată cu permisiunea primei autopsii (în anul 1759), asistăm la dezvoltarea medicinei legale, mai ales a morfopatologiei medico-legale. În 1823 apare prima lucrare de specialitate intitulată: „Elements of Medical Jurisprudence" de Th. Beck. După anul 1700, atît în Europa cît și în America apar multiple tratate de medicină legală, societăți științifice de medicină legală, primele coduri de etică medicală precum și primele reviste de specialitate, aproape în fiecare țară.

La noi în țară, cele mai vechi dispoziții cu caracter medico-legal le întîlnim în psaltirea scheiană (1482), Pravila de la Ieud din anul 1500 și Catehismul lui Coresi din 1560. Dar, evident, sistematizarea acestor prevederi apare cu pregnanță în Pravilele lui Matei Basarab și Vasile Lupu. De fapt Pravila lui V. Lupu din 1646, după care s-a copiat Îndreptarea Legii lui M. Basarab la 1652, abunda în dispoziții cu caracter uman atunci cînd era vorba de aplicarea cunoștințelor medicale în slujba dreptului (de exemplu, bolnavul psihic era considerat iresponsabil, supus protecției sociale și medicale și nicidecum condamnat, deoarece „pedeapsa de a fi nebun îi ajunge"), includeau și nenumărate prevederi privind practica medico-legală și responsabilitatea medicală. Dar dispozițiile din Pravile sînt precedate de elemente medico-legale încă de pe

vremea dacilor. (Adulterul — spune Ovidiu — se pedepsea cu moartea, legile se cîntau deoarece nu era scriere — spune Aristotel —, pedepsele se aplicau de întreaga societate, sclavii erau tatuaţi, cel ce fura era considerat în moarte civilă). Divorţul era intentat numai de soţ iar mutilarea, ca pedeapsă, era şi un mijloc de identificare. Divorţul pentru impotenţă sexuală era permis după 3 ani de căsătorie iar recăsătorirea mamei nu era posibilă decît după un an (intervalul de viduitate), iar dacă divorţul era din vina soţiei, nu era posibil decît după 5 ani. Persoanele după 50 de ani aveau discernămînt redus pentru că „li se împuţinează sîngele, puterea simţurilor ca şi mintea" iar în caz de nedescoperire a autorului unei crime tot satul răspundea pentru omor (prezumţie colectivă). Ca probe se utiliza fierul roşu (de unde expresia a pune mîna în foc), dar judecătorii ce împărţeau dreptatea *(jus dicere possunt)* aveau nevoie şi de cunoştinţele vracilor. Apelul la probe ştiinţifice a contribuit la înlăturarea progresivă a pseudoordaliilor, Pravilele constituind un progres mare în acest sens. De exemplu, vraciul era crezut fără jurămînt şi înaintea martorilor. Pravilele includeau şi unele definiţii, printre care, definiţia violului ca fiind „greşeala trupească a unei fecioare cu un bărbat şi nu cu cuvinte dulci ci cu de-a sila şi fără voia ei". Pe lîngă definiţie, se prevede că „dovada unui raport sexual cu sila" se face prin ţipătul femeii, prin prezenţa sîngelui pe cămaşă şi prin mărturia moaşei care singură era în măsură să facă un examen genital.

Uciderea unui rob era tot crimă „pentru că robul era un om nu un lucru" şi faptul trebuia atestat de vraci. Incestul (amestecarea sîngelui) ca şi perversiunile sexuale se pedepseau foarte grav, cu mutilarea organelor genitale sau moartea. Adulterul era considerat totdeauna din vina soţiei şi omorîrea ei de către soţ, în flagrant delict, nu era pedepsită. Calomnia se pedepsea de asemenea grav, deoarece putea duce la erori judiciare. Bolnavii psihici nu puteau depune mărturie iar judecătorul nu trebuia să creadă pe cel ce mărturiseşte, deoarece putea face acest lucru din frică.

În expertize erau crezuţi „cei mai buni şi destoinici vraci", în tratament bolnavul trebuia să asculte pe vraci, altfel „pricina morţii era el singur şi nu rana". Spusele vraciului erau mai tari ca orice mărturie „pentru că vraciul cunoaşte mai bine ca orice judecător dacă cineva e nebun cu adevărat, otrăvit etc." Hermafroditul era cel ce umbla cu pofta în două părţi, se ocrotea fetia, se reglementa adopţia şi pedepsea siluirea. Aberaţii sexuale peste fire erau incestul, bestialitatea şi sodomia, iar cine da ierburi unei femei ca să lepede era considerat ucigaş. Femeia ce ucidea un nou-născut monstru nu era pedepsită. La fel, mortul nu se îngropa de era cald, iar mai tîrziu D. Cantemir definea agonia ca lupta sufletului cu trupul în ceasul morţii şi cerea ca mortul să nu se îngroape trei zile, deoarece, cuprins de leşin, riscă să fie îngropat de viu. Omul afurisit se considera că nu putrezeşte după moarte (se mumifica), iar faptele făcute în timpul dragostei şi beţiei se asemănau cu nebunia. Învăţătura pravilelor se impunea astfel ca o epistemă care învăţa pe om „ce este dreptatea şi strîmbătatea". Ulterior, Miron Costin descrie autopsia lui Gh. Duca la Cetăţuia (1694) cînd „doftorii l-au spintecat după ce a murit şi au constatat că plămînul era ars de sete şi inima mare ca la un junc". Ulterior, Dimitrie Cantemir denumeşte nebunia ca o întunecare a minţii, mai grea decît a nopţii. Apoi, o comisie doftoricească stabilită de regulamentul organic analiza dacă actele medicului sînt bune sau rele. În acelaşi sens, A. Şuţu, la 1819, pedepsea pe cei care practicau medicina fără diplomă, proporţional cu îndrăzneala şi nesupunerea lor, căci „intrarea de medici falşi şi nepregătiţi în corporaţii (Casa doftorilor) a scăzut prestigiul medicinei".

În domeniul responsabilității medicale, asistăm la aceeași tendință a răspunderii medicale după rezultat, căci, dacă bolnavul nu se vindeca, medicul era vinovat și „era bîrfit cîte zile avea și nu era iertat nici după moarte". În acest sens, pe o lespede de mormînt la Spitalul Central din Iași scrie: „jertfă a medicilor, se odihnește sub această piatră Scarlat Ghica, fiul lui Grigore", iar cronicarul vremii adaugă: „pe tată l-au hăcuit turcii, iar pe fiu, medicii". Mai mult, la 1824, un pașă din Brăila cheamă un medic să-l păzească de ciumă, spunîndu-i că dacă se va îmbolnăvi, el va plăti cu viața.

Această responsabilitate excesivă și neștiințific apreciată după rezultatele obținute, a fost progresiv înlăturată, începînd odată cu A. Paré, care, în concordanță cu realitățile biologice, a lansat ideea răspunderii după mijloace, cînd a spus că „medicul tratează și natura vindecă". În toată lumea însă, lambouri ale concepției răspunderii după rezultat s-au prelungit încă mult timp.

Dacă în Europa, primul expert apare în jurul anului 1500 (dovadă portretul lui Grien, elev al lui Dürer, făcut lui Egidius Has, medic expert la Freiburg), la noi, prima expertiză apare în anul 1803, cînd, un infractor, pentru a destăinui, a fost ars pe torace și „Domnul a ordonat că acest lucru să fie atestat de către medici". În 1833 se face prima expertiză pe cadavru (dr. Daniel Homor) la un copil a cărui criză epileptică a fost declanșată de o palmă. La această expertiză s-a cerut și avizul Comitetului Carantinelor, deoarece „dintr-o palmă nu se puteau învineți ambele urechi". Avizul a fost contradictoriu. În 1833, dr. Constantin Hepites din Brăila a fost expertul unor bolnavi intoxicați cu mercur din pîine. În această perioadă se impune și îngroparea morților după 24 de ore (pentru a nu fi îngropați „oameni numai leșinați") precum și controlul asupra cauzei morții. De la 1811, Divanul autorizează, în mod constant, autopsiile în scop medico-legal. Prima necropsie se face în 1832 de dr. Gusi asupra lui Anastasie Bekeri, a cărui moarte „a fost cu bănat". Expertul a conchis că moartea a fost subită, datorită apoplexiei, și nicidecum violentă. În 1834, Al. Ghica destituie 4 doftori care au făcut autopsia unei fete, decedată de peritonită, înainte de 24 de ore. Odată cu înființarea învățămîntului medical (deși și înainte de aceasta) încep să apară lucrări în domeniul medicinei legale, printre care, la Iași reținem lucrarea de docență a lui Panait Zosin intitulată „Expertiza psihiatrică sub raport medical, juridic și social", lucrare ce a fost puternic influențată de filozofia lui V. Conta, autorul fiind el însuși un reprezentant al materialismului pozitivist din acel timp. În proiectul de organizare al poliției sanitare din România, scris de Anastasie Fătu la Iași în 1863, un capitol se consacră reorganizării asistenței medico-legale a alienaților. A. Fătu, doctor în drept de la Viena și în medicină de la Paris, a fost un spirit progresist al epocii sale, ca de altfel și C. Vîrnov, I. Rojniță și alții.

Medicina legală românească se afirmă însă viguros prin activitatea lui Mina Minovici, elev al lui Pasteur și Brouardel, care a organizat acest sector de activitate în țara noastră. M. Minovici a fost un mare patriot, deoarece nu a acceptat propunerea maestrului său de a practica specialitatea în străinătate și s-a întors în țară, unde a contribuit la înființarea și organizarea sectorului de asistență medico-legală. Tratatul său de medicină legală a obținut premiul Academiei la acea vreme, iar activitatea sa este importantă nu numai prin organizarea asistenței medico-legale și a Institutului medico-legal din București ce-i poartă numele, ci și prin înființarea unei reviste de specialitate, a unor reviste medico-sociale, prin promovarea deontologiei medicale precum și a muncii de echipă în comisiile medico-legale în care, alături de el, au lucrat savanți ca V. Babeș, Gh. Mari-

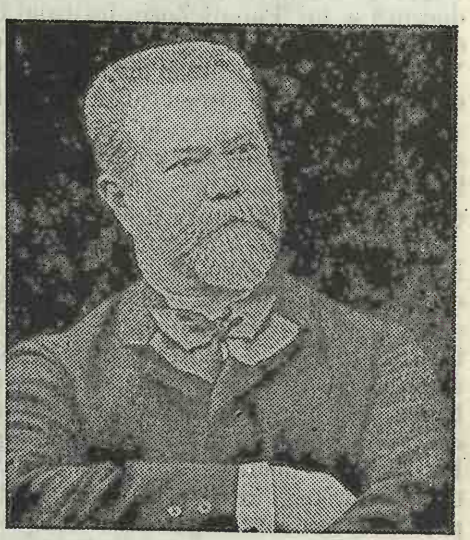
Mina Minovici.

Nicolae Minovici.

nescu și C.I. Parhon. Continuatorul său, Nicolae Minovici, pe lîngă preocupările medico-legale este cunoscut și recunoscut pentru că a înființat asistența de urgență în România precum și primele unități de asistență și reeducare a minorilor în impact cu normativitatea.

La Iași, învățămîntul medico-legal începe cu activitatea lui I. Ciurea pentru prima dată (1863) la Facultatea de Drept și apoi la Facultatea de medicină (1882). Continuatorul său, George Bogdan a dezvoltat

Ion Ciurea.



George Bogdan.

învățămîntul medical ieșean (ca rector al universității, ales dintre Xenopol și Ralet) cît și asistența socială studențească, achiziționînd căminele Kogălniceanu pentru studenții mediciniști. El a organizat aniversarea a 50 de ani de la înființarea Universității Al.I. Cuza din Iași, iar în domeniul specialității este cunoscut prin erudiția sa precum și prin publicațiile lăsate. Astfel, a scris un vast tratat de medicină legală, prefațat de maestrul său profesorul Balthazard, ca și de alte somități ale timpului.

Activitatea lui George Bogdan a fost continuată de N. Balan, elev al lui Wirchov, Aschoff și Piédelièvre, cunoscut prin lucrările sale asupra asfixiilor, împușcării etc. iar ulterior, pentru scurt timp de activitatea lui Gr. T. Popa și apoi a lui M. Kernbach, cunoscut prin lucrările sale de antropologie medico-legală, deontologie medicală și histopatologie medico-legală.

Mihail Kernbach.

În același timp, diferite legi elaborate conțineau dispoziții medico-legale. Astfel, legea din 1852 prevedea obligativitatea examinării cazurilor grave în comisie, responsabilitatea avînd-o medicul șef al județului care era și medic legist. Legea cuprindea instrucțiuni privind modul de efectuare a expertizelor (istoric, examen extern, intern, „cîtă vreme este nevoie pentru însănătoșire" etc.). Legea sanitară din 1874 avea de asemenea dispoziții medico-legale și prevedea controlul științific al actelor medico-legale de către Consiliul Sanitar superior.

Învățămîntul medico-legal e introdus la București de Carol Davila la 1857, iar A. Șuțu, la 1877, scrie „Alienatul în fața societății și a științei". V. Babeș, la 1893, propune Academiei din Paris metodele histopatologice și bacteriologice ca metode de explorare în medicina legală, activitate didactică amplificată de M. Minovici, membru corespondent al Academiei de Medicină din Paris.

Pe linie de asistență medico-legală, în 1858, la o femeie din Tătărași, ce a tentat a fi omorîtă de soțul ei, s-a constatat acid sulfuric diluat într-un șip, la altă se constată multiple materiale abortive (hapuri din cioc de rață, sticlă pisată, humă, gîndaci pisați, ultimii fiind considerați că pot produce avort); în 1859 se face autopsia într-o moarte suspectă constatîndu-se „intestinele cu multe bubușoare" și conchizîndu-se la febră tifoidă (de către dr. Coredali), iar la 1859 Ministerul Trebilor dinăuntru a dat ordin ca doftorii să examineze imediat pe orice bătut pentru a nu dispare urmele bătăii. În 1928 apare Regulamentul pentru perfecționarea în medicina legală ce includea morfopatologia, toxicologia, accidentele și bolile profesionale, obstetrica și psihiatria medico-legală, jurisprudența medicală.

În momentul de față, în toată lumea, medicina legală este constituită ca un sector independent de asistență medicală, cu rețea proprie, dependentă fie de Ministerul Sănătății, fie, mai rar, de Ministerul de Justiție. În fiecare țară există Societăți științifice cu caracter național, publicații specifice, precum și un corp de specialiști organizat în stat. Există, de asemenea, societăți

internaționale de specialitate, dintre care, cea mai cuprinzătoare este Academia Internațională de Medicină Legală și Socială cu periodicul său, Acta Medicinae legalis et socialis. În multe țări, printre care și la noi, există publicații și societăți de deontologie medicală și drept medical, precum și societăți cu caracter internațional, științifice și etice, cum ar fi Asociația Mondială a medicilor, Societatea Internațională de Drept Medical etc.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Georgescu V., *Judecata domnească*, Editura Academiei R.S. România, 1982.
2. Georgescu V., *Istoria dreptului românesc*, Editura Academiei R.S. România, 1980.
3. Marinescu Gh., Romanescu C., *Un secol de învățămînt medical la Iași*, Iași, 1979.
4. Samarian Gh. P., *Medicina și farmacia în trecutul românesc*, Călărași, 1936.
5. Scripcaru Gh., *Un secol de învățămînt medico-legal la Iași*, Rev. Med. Chir., 1982.
6. * * * — *Buletinul Societății de Medici și Naturaliști*, Iași, 1862—1936.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

RELAȚIILE MEDICINEI LEGALE CU DREPTUL ȘI REGLEMENTAREA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE

Sarcina principală a medicinei legale este de a oferi probe științifice organelor de justiție, în vederea soluționării diferitelor cauze judiciare. Cum cele mai frecvente spețe judiciare deservite prin mijloace științifice medicale sînt din domeniul dreptului penal, evident, principalele relații ale medicinei legale sînt cu această ramură de drept.

Dreptul penal (*poena* = pedeapsă) include totalitatea dispozițiilor legale care călăuzesc comportamentul social-adaptat al oamenilor într-o societate și care, în caz de încălcare, prevede sancțiunile corespunzătoare. În sens strict juridic, dreptul penal reglementează încălcarea relațiilor sociale, încălcare ce capătă denumirea de infracțiune, și impune o sancțiune consecutivă.

După I. Oancea, dreptul penal este alcătuit din totalitatea normelor juridice edictate de statul socialist, prin care se stabilesc faptele considerate infracțiuni, pedepsele și dreptul statului de a trage la răspundere penală persoanele ce săvîrșesc infracțiuni, în scopul apărării ordinii de drept.

Termenul de infracțiune vine de la *infracționes* = a înfrînge, și se referă, de fapt, la încălcarea normelor acceptate de societate. După gravitatea lor, într-o clasificare mai veche, aceste infracțiuni includeau crimele, delictele și contravențiile. Clasificarea se făcea atît după poziția subiectivă a autorului față de fapta sa (intenție sau culpă) cît și după cuantumul pedepsei.

Dreptul penal modern include principiile clasice ale dreptului penal, cum ar fi principiul *nullum crimen sine lege*, *nulla poena sine lege*, *in dubio pro reo* etc.

În dreptul penal socialist, o faptă antisocială, pentru a fi calificată ca infracțiune, trebuie să întrunească trei elemente:

— să prezinte o periculozitate socială;

— să fie făcută cu vinovăție (intenție sau culpă);

— să fie prevăzută de lege.

În lipsa uneia dintre aceste condiții, fapta nu întrunește caracteristicile unei fapte penale.

Unei infracțiuni i se descriu patru elemente constitutive, și anume:

1. Obiectul infracțiunii, care se referă la relațiile sociale încălcate prin fapta antisocială (de exemplu, dreptul la viață, dreptul la sănătate, la onoarea persoanei, relațiile familiale etc.).

2. Subiectul infracțiunii, care se referă la autorul faptei, ce poate fi responsabil sau iresponsabil, ca în cazul îmbolnăvirilor psihice.

3. Latura obiectivă include modalitățile, mijloacele precum și scopul și mobilul comiterii infracțiunii. În raport cu acestea, infracțiunile cunosc gravități diferite.

4. Latura subiectivă include poziția subiectivă a autorului față de fapta imputabilă și care poate fi comisă cu intenție, forma cea mai pernicioasă și malignă social de vinovăție, sau din culpă, adică din greșeală.

Medicina legală are aptitudinea științifică de a proba fiecare din aceste elemente, și anume:

— studiind moartea sau boala, consecință a relației sociale privind dreptul la viață sau sănătate ocrotite de lege, ea stabilește implicit încălcarea acestei relații și deci obiectul infracțiunii;

— stabilind etiologia, patogenia precum și motivația actelor antisociale, medicina legală apreciază latura obiectivă a infracțiunii (scopul actului delincvent, mijloacele sale de comitere, efectele sale etc.);

— prin cercetările sale, medicina legală ajută la identificarea autorilor infracțiunii, ca în cazul morților suspecte sau al crimelor cu autori necunoscuți, precum și la confirmarea autorilor diferitelor infracțiuni;

— în cadrul expertizelor privind comportamentul aberant, medicina legală stabilește dacă o faptă a fost făcută cu vinovăție sau cu motivație patologică, contribuind astfel la precizarea laturii subiective a infracțiunii.

Medicina legală are relații și cu altă ramură a dreptului care se numește *criminologie.*

Criminologia este concepută ca o disciplină sociologică, de sinteză, care se ocupă de cunoașterea cauzelor și profilaxia stării infracționale. Diferitele curente de criminologie clinică din țările capitaliste tentează estomparea cauzelor reale ale infracțiunilor, punîndu-le exclusiv pe seama structurii psihice a infractorului. De aici, dificultățile acestei științe de a oferi căi științifice de combatere a fenomenului infracțional față de o delincvență în creștere (de exemplu, delincvența minorilor, în aceste țări, crește cu 300% față de natalitate).

Criminologia socialistă abordează științific cauzele infracțiunilor ca avînd origine social-culturală și care se asanează progresiv, odată cu schimbarea relațiilor economice în societate (a relațiilor generate de proprietate privată). O delincvență reziduală apare drept consecință a unor rămășițe de conștiință individuală sau de microgrup, mai frecvent familial, care beneficiază însă de influența predominant pozitivă a societății.

Încă în „Ideologia germană", Marx arăta că criminalitatea e un fenomen social-istoric. Deci reducerea infracțiunii numai la cauze subiective (rămășițele negative din conștiință) ar duce la concluzia eronată că infracțiunea poate fi ereditară, absolutizîndu-se în acest fel latura subiectivă a existenței umane. De aceea, uneori, infracțiunea trebuie considerată drept consecință a unor elemente materiale îmbinate cu cele individuale.

Medicina legală își aduce contribuția la cunoașterea cauzelor și profilaxia infracțiunilor, precizînd, prin studiile sale, ponderea factorului subiectiv sau patologic dintr-un comportament antisocial. Căci, influența determinantă a factorilor socio-culturali nu exclude particularizarea actului antisocial în raport de personalitatea subiectului. În acest mod, medicina legală contribuie la reeducarea infractorilor după personalitate și ajută la reinserția lor socială. Totdeauna, pentru a fi justă și umană, justiția a asociat dreptul cu compasiunea, pedeapsa cu reeducarea. În socialism crește funcția educativă a pedepsei față de funcția sa privativ-coercitivă, de intimidare și reprimare, consecutiv principiului după care „nici un autor nu trebuie să scape nepedepsit și nici un inocent să nu fie pedepsit pe nedrept".

Medicina legală are contingențe cu *dreptul civil* atunci cînd acesta solicită să se precizeze condițiile psihologic-medicale ale încheierii unui contract, testament, donare sau succesiune. În cadrul acestei ramuri de drept, medicina legală precizează condiția de interdicție în exercitarea unor drepturi civile, justificată de pierderea discernămîntului psihic.

Relații strînse are, de asemenea, medicina legală cu *dreptul muncii*, atunci cînd un accident de muncă obligă la precizarea cauzelor medicale care l-au

determinat sau favorizat. Implicațiile social-familiale ale unui astfel de accident obligă la disecția medico-legală minuțioasă a fiecărui caz în parte.

Relații tot atît de strînse prezintă medicina legală cu *dreptul familiei*, în situații cum ar fi condițiile medico-legale ale înfierii (adopțiunii), contractării sau desfacerii căsătoriei, stabilirii filiației dintre părinți și copii etc.

Expertiza medico-legală, desfășurîndu-se într-un context juridic, atestă relațiile sale strînse cu *dreptul procesual (procedural) penal*. Această ramură de drept se ocupă de condițiile legale ale desfășurării cercetării, anchetei și judecății penale, după principii democratice care garantează drepturile și libertățile persoanei. Dreptul procesual include, astfel, principii veridic-realizabile abia în societatea socialistă, cum ar fi principiul operativității desfășurării cercetării penale, al finalității prin stabilirea adevărului judiciar, al libertății de apreciere a probelor de către jurist, al elaborării hotărîrilor pe baza convingerii sale intime, al caracterului oficial și public al judecății penale etc.

În desfășurarea procesului penal intervin organe de cercetare penală (organele de miliție), de anchetă penală (organele de procuratură) și de judecată penală (organele de justiție). Finalitatea activității acestor organe rezidă în descoperirea autorului infracțiunii, stabilirea vinovăției sale și aplicarea sancțiuniii penale. În acest mod, dreptul procesual penal slujește traducerea în viață a prevederilor dreptului penal.

Organele procesuale penale efectuează această muncă îndeosebi cu ajutorul probelor judiciare, care nu sînt altceva decît niște purtători de informație despre faptul comis. Probele judiciare, inclusiv științifice, în final trebuie să permită a stabili cu certitudine autorul unei fapte penale și vinovăția sa. În legea noastră procesuală penală, judecătorul are libertatea și obligativitatea apelării la orice mijloace de probă, pe care le administrează în raport de convingerea sa intimă și conștiința sa juridică socialistă. Spre deosebire de alte tipuri de probe (înscrisuri, mărturii etc.), proba științifică medicală obligă pe jurist la a o motiva în caz de respingere, ceea ce îi conferă o pondere mai importantă în procesul penal. Aceasta, datorită faptului că proba științifică medicală, dacă este la obiect (pertinentă), este în general și concludentă (oferă soluția cauzei). Prin obligativitatea judecătorului de a recurge la totalitatea probelor posibile de administrat într-o cauză oarecare, precum și prin sarcina sa de a stabili vinovăția (principiul lui *onus probandi*), dreptul socialist a înlăturat orice urme de probațiune după sistemul probelor formale și a creat un cîmp nelimitat de aplicare a probelor științifice, inclusiv medicale, care au calitatea și aptitudinea de a face, în cel mai înalt grad, convingerea intimă a juristului despre adevăr.

Dar, pînă s-a ajuns la acest progres, dreptul procesual penal nu a fost lipsit de incertitudini, sinuozități sau chiar abuzuri care au dus uneori la erori și greșeli judiciare. Astfel, în sistemul dreptului procedural acuzatorial din antichitate, ponderea administrării probelor o avea acuzatorul, de unde și numele sistemului. În evul mediu, sistemul probelor formale consacra, de fapt, violențele inchiziției prin „principii" după care regina probelor era recunoașterea infractorului, recunoaștere care „depindea de rezistența fizică a subiectului". Sînt cunoscute abuzurile inchiziției și torturile fizice pentru a smulge astfel de false recunoașteri. În dreptul modern, recunoașterea trebuie obligatoriu confirmată și de alte probe, chiar dacă este spontană (de expiație, revalorizatorie ori vindicativă) sau obținută (prin contradicțiile declarațiilor, logica lor sau flagrantul delict). Sistemul procesual inchizitorial se denumea sistem al probelor formale, deoarece tăria probei era accentuată și astfel tarifată în prealabil de însăși legea. Astfel, cum s-a spus, după recunoaștere, care era cea

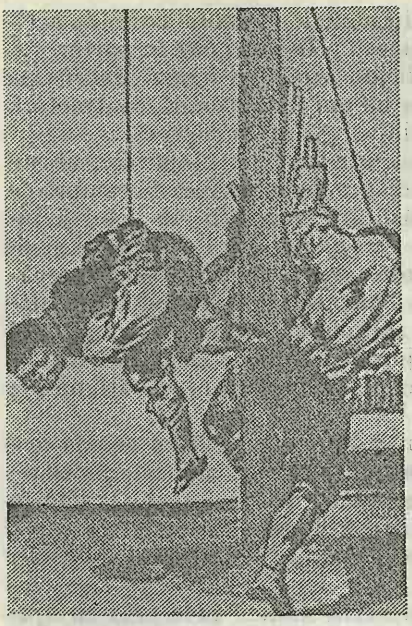


Fig. 1. Goya: torturile inchiziției.

mai bună probă, bărbatul era crezut înaintea femeii, proprietarul înaintea servitorului etc. Se învederează astfel, în mod evident, caracterul de clasă al procesului penal în societatea feudală.

Procesul acuzatorial din antichitate și mai ales inchiziția au fost expresia „transformării convingerilor în dogme care au generat o patologie a fanatismului religios", ce a adus moartea unor mari oameni de cultură și știință, cărora a căutat să le suprime orice libertate de conștiință. Însă lupta pentru adevăr, bine și frumos, ce a dat întotdeauna adevărata libertate interioară, a triumfat dar cu prețul fidelității față de sine a unor oameni ca Socrate, Giordano Bruno, Galileo Galilei, Campanela etc. Manualele inchiziției erau coduri ale terorii, ereticii fiind dezgropați și arși, pedepsindu-se bolnavii psihici, recurgîndu-se la tortură pentru ca „adevărul să iasă din propria gură", fapt care a făcut ca numai în Spania, de exemplu, inchiziția să ardă pe rug peste 15 000 oameni nevinovați (fig. 1).

Odată cu revoluția burghezo-democrată se instituie un nou sistem de probațiune, denumit sistemul liberei aprecieri a probelor. Ca o reacție la abuzurile sistemului formal, constituțiile și legile procesuale burgheze includ libertatea aprecierii probelor de către jurist, dreptul la apărare etc. Caracterul de clasă al justiției burgheze nu permite însă realizarea veridică a acestor principii procesuale.

În societatea socialistă se consacră în mod real sistemul liberei aprecieri a probelor, bazat pe convingerea intimă a juristului. În cadrul acestui sistem, juriștii apelează de regulă la probele științifice, pe lîngă celelalte probe, deoarece acestea au aptitudinea de a forma o convingere intimă de certitudine pe baza adevărului obiectiv în cauză și astfel de a sta la baza hotărîrilor judiciare.

Menționăm că printre atributele cerute unei probe sînt și pertinența și concludența sa. Dacă se admite, în general, că „crima și perfecțiunea se opun ca sens fiind imposibil a le găsi reunite" (Derobert), crima exprimînd doar imperfecțiunea mijloacelor științifice de investigare, atunci avem imaginea rezervei de cercetare și lucru pe care o prezintă aplicarea științei în descoperirea și dovedirea faptelor judiciare.

În momentul de față, nu numai computerizarea investigațiilor științifice dar și mijloacele fine de cercetare (dozarea alcoolului într-o picătură de sînge, cercetarea sexului pe un fragment de țesut, a toxicului într-un fir de păr, izolarea unui drog din mii de alte toxice etc.) arată căile nelimitate de aplicare a științei în domeniul dreptului și de realizare a ideii de justiție socială. În infracțiunile împotriva vieții și sănătății, mai ales, expertiza medico-legală deține un coeficient de probațiune ce se apropie de absolut, motiv pentru care, atît societatea, cît și oamenii, apelează constant la asistența medico-legală.

REGLEMENTAREA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE

De regulă, efectuarea activităților de asistență medico-legală este obligatorie prin însăși formarea medicală și obținerea diplomei de exercitare a medicinei, dar, evident, într-un cadru și după o competență precis delimitată de lege.

Decretul 446/1966 și regulamentul său de aplicare arată structura unităților de asistență medico-legală, și anume cabinetele medico-legale orășenești, laboratoarele medico-legale județene și Institutele medico-legale din centrele universitare. După lege, fiecăreia din aceste instituții îi revine, în competență, rezolvarea unor probleme strict delimitate de lege. De exemplu, numai institutele medico-legale au sarcina de a efectua explorări de laborator, expertize de filiație, de a aviza, în anumite domenii, actele medico-legale, de a constitui comisii de analiză a cazurilor de responsabilitate medicală, de a efectua expertize psihiatrico-legale etc. Serviciile medico-legale județene au competența efectuării de expertize în domeniul infracțiunilor împotriva vieții, de a constitui comisii psihiatrico-legale dacă au unități de psihiatrie etc. Cabinetele orășenești au o competență legată de examinarea persoanelor ce sînt victime ale diferitelor agresiuni, ale unor morți violente de tipul accidentelor, sinuciderilor etc.

Medicul de medicină generală are obligativitatea de a cunoaște problematica acestei specialități pentru a efectua lucrările ce îi cad în competență, de a sesiza caracterul medico-legal al unor situații medicale, de a-și declina competența în cazuri prevăzute de lege sau pentru a face opțiuni și a se specializa ulterior în acest domeniu.

Decretul menționat stabilește că sectorului medico-legal îi revin trei sarcini importante:

— în primul rînd, sarcina de a oferi probe medicale necesare rezolvării cazurilor judiciare;

— în al doilea rînd, sarcina de a asigura cercetarea științifică și progresul acestei specialități;

— în al treilea rînd, sarcina de a contribui la creșterea calității asistenței medicale prin sesizarea și cercetarea erorilor și greșelilor legate de ocrotirea sănătății.

Legea prevede două mari categorii de expertize, și anume, expertizele pe cadavru și expertizele persoanei.

După lege, *expertiza pe cadavre* este obligatorie în cazurile de:

— moarte violentă (omucidere, sinucidere sau accident);

— moarte de cauză necunoscută;

— moarte neașteptată și suspectă;

— moarte în primele 24 de ore de la internarea în spital;

— moarte datorită unor dificultăți tehnice medicale;

— cadavre neidentificate.

Medicul de medicină generală, prin cunoștințele sale medico-legale, fiind primul solicitat, se poate afla în fața constatării unor astfel de categorii de moarte, din care decurge apoi competența rezolvării lor, încît va trebui să-și exercite cu toată atenția obligațiile medico-legale pentru a nu antrena o eroare de anchetă, o eroare medico-legală sau chiar o suspiciune asupra bunei sale credințe. De aceea, este necesar ca el să facă toate examenele la fața locului și la cadavru în cazurile de moarte patologică, pentru a putea exclude orice suspiciune de moarte violentă. Orice dubiu asupra cauzei morții va trebui să determine la a anunța organele judiciare, în vederea elucidării tipului de moarte (violentă sau patologică) prin cercetarea cauzelor sale. Orice ușurință

în domeniu poate antrena răspunderea medicului din culpă, ori de cîte ori se compromite un caz judiciar. Menționăm că legea prevede, în mod expres, responsabilitatea medicului, ori de cîte ori activitatea sa neglijentă, imprudentă, din necunoaștere sau ușurință, duce la compromiterea soluționării judiciare a unui caz. Tot așa, medicul răspunde, în mod direct, dacă nu utilizează mijloacele adecvate de explorare, le omite sau le compromite ca în cazul lipsei de recoltare a unor probe pentru explorări complementare, de sînge pentru determinarea grupei în caz de plăgi externe ale cadavrului, de sînge pentru determinarea alcoolului în caz de accidente de trafic, de muncă etc.

Autopsiile care pot face obiectul activității medicului generalist (autopsii la copii de 0—1 an, sinucideri evidente, accidente fără probleme deosebite) trebuie să se efectueze complet, indiferent de cauza morții și evidența clară a unor leziuni tanato-generatoare, să se descrie amănunțit toate modificările morfologice constatate, să se recolteze probe pentru explorări complementare și să se consemneze veridic rezultatele într-un raport medico-legal de autopsie.

Examinările persoanei se fac în caz de atingere a integrității corporale (vătămări corporale), infirmități sau incapacități consecutive, infracțiuni sexuale, pentru stabilirea discernămîntului psihic etc. De asemenea, aceste expertize au un cadru legal de efectuare, în sensul că unele din ele nu se pot face decît în comisie (expertize psihiatrico-legale, de filiație etc.) și intră în competența diferită a instituțiilor medico-legale (de exemplu, expertizele de filiație nu se pot face decît de Institutele medico-legale, expertizele psihiatrico-legale în spețe penale numai la cererea organelor judiciare etc.). Persoanele au dreptul să ceară iar medicul este obligat să elibereze acte medico-legale în caz de lovire, infirmitate, virginitate, deflorare, sarcină, viduitate, naștere, avort, stabilirea vîrstei precum și a stării psihice (în comisie) și numai în spețe civile (divorț, donație, interdicție etc.). Se recomandă ca medicul generalist să răspundă tuturor acestor solicitări, și numai atunci cînd este depășit în competența sa să trimită cazul spre rezolvare unității medico-legale imediat superioare.

În sfîrșit, legea prevede că toate activitățile medico-legale se materializează *în acte* de constatare medico-legale care sînt clasificate în: *rapoarte de constatare medico-legală* ce se întocmesc imediat după efectuarea autopsiei, în faza de urmărire penală, cu concluzii provizorii, care se vor definitivă după primirea rezultatelor investigațiilor complimentare; *rapoarte medico-legale* care sînt acte finale de cercetare medico-legală și care se fac în faza de anchetă și judecată penală; *rapoarte de autopsie* medico-legale în cadrul expertizei pe cadavru; *certificate medico-legale* în cazul expertizei persoanelor; buletine de analiză medico-legală etc. Întocmirea acestor acte medico-legale presupune deosebită grijă pentru conținutul lor științific, consemnarea veridică a faptelor, deducții științifice, numai pe temeiul faptelor analizate, formă clară de exprimare.

Legea mai prevede că, pe lîngă institutele medico-legale din centrele universitare, figurează comisii de avizare a actelor medico-legale numite de Ministerul Sănătății și formate din conducătorii specialităților medicale de bază, cu sarcina de a elabora și aviza, în mod obligatoriu, actele medico-legale în caz de omucidere, leziuni cauzatoare de moarte, responsabilitate profesională etc.

Așa cum s-a menționat, principiul judiciar este că un medic de medicină generală sau de orice altă specialitate nu poate refuza îndeplinirea unei activități medico-legale, dacă aceasta cade în competența sa sau contribuie la edificarea unei situații medico-legale. Prin rețeaua proprie de organizare cît și prin corpul său de specialiști, în țara noastră, expertiza medico-legală are

un caracter oficial și, de regulă, este efectuată în unitățile de stat medico-legale prin specialiștii săi. Caracterul oficial al expertizei medico-legale înlătură orice expertiză amiabilă, din inițiativa medicului sau elaborată în afara competenței precis stipulate de lege. Dar, nici un medic, indiferent de specialitate, nu poate refuza, la cererea medicului legist, de a face parte dintr-o comisie, de a pune la dispoziție actele și documentele medicale și de a ajuta la recoltarea probelor sau de a efectua anumite explorări, totdeauna însă numai în baza unei adrese judiciare care presupune consimțămîntul bolnavului la investigațiile solicitate. În anumite situații, însă, datorită necesității de a asigura obiectivitatea actului științific, specialistul sau orice alt medic trebuie să solicite a fi recuzat de la efectuarea unei expertize, așa cum se întîmplă în cazul cînd este rudă cu una din părți sau cu bănuitul, este în relație de prietenie notorie cu aceștia, a fost medicul curant al victimei unui accident tehnic medical sau este interzis prin pierderea drepturilor legale. În afara acestor situații, orice lipsă de răspuns în efectuarea unei activități medico-legale poate constitui un refuz de serviciu legalmente datorat și, de fapt, un medic competent și conștiincios nu o poate face, atît timp cît activitatea sa răspunde unei necesități sociale și îi poate conferi, ca orice act medical, satisfacția unei munci îndeplinite.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ander Z., Bilegan I., Molnar V., *Medicina legală*, Editura Didactică și Pedagogică, 1967.
2. Bogdan G., *Curs de medicină legală*, Iași, 1924.
3. Desmarez J. J., *Manuel de médecine légale à l'usage des juristes*, Bruxelles, 1967.
4. Dietz G., *Gerichtliche Medizin*, Berlin, 1969.
5. Dongoroz V. și col., *Explicațiile teoretice ale codului penal român*, Editura Academiei R.S. România, 1968—1974.
6. Fournier E., *Eléments de médecine légale*, Flammarion, 1976.
7. Gerin C., *Medicina legale e delle assigurazioni*, Roma, 1970.
8. Guent J., *Expertise médico-judiciare*, Masson, 1968.
9. Ioanid B., Angelescu M., *Frații Minovici*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1970.
10. Ionescu A., *Probele în procesul civil*, Editura Științifică, 1969.
11. Kernbach M., *Medicina Judiciară*, Editura Medicală, 1958.
12. Marin A., Guent J., *Expertise médico-judiciare*, Masson, 1966.
13. Malherbe J., *Médecine et droit moderne*, Masson, 1968.
14. Mihuleac E., *Sistemul probelor în procesul civil*, Editura Academiei R.S. România, 1970.
15. Minovici M., *Tratat de medicină legală*, București, 1928.
16. Mueller B., *Gerichtliche Medizin*, Berlin, 1975.
17. Moraru I., *Medicina legală*, Editura Medicală, 1967.
18. Negru V., Radu D., *Dreptul procesual civil*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
19. Oancea I., *Drept penal*, Editura Didactică și Pedagogică, 1971.
20. Scripcaru Gh., Terbancea M., *Medicina legală*, Editura Didactică și Pedagogică 1970.

21. Scripcaru Gh., Ciornea T., Ianovici N., *Medicină și drept*, Editura Junimea, 1979.
22. Scripcaru Gh., *Aportul și limitele probei medico-legale în justiție*, Iași, 1975.
23. Stănoiu M.R., *Metode și tehnici de cercetare în criminologie*, Editura Academiei R.S. România, 1981.
24. Suciu C., *Criminalistica*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
25. Teodoru Gr., *Drept procesual penal*, Editura Didactică și Pedagogică, 1977.
26. * * * — *Journal de Médecine légale, Droit Medical*, Masson, 1978—1982.
27. * * * — *Sudebno mediținskaia ekspertiza*, Moscova, 1970—1982.
28. * * * — *Probleme fundamentale ale statului și dreptului socialist român*, Editura Didactică și Pedagogică, 1982.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

TANATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Tanatologia se ocupă cu studiul clinic şi patogenic al stărilor terminale, intermediare între viaţă şi moarte, cu fenomenele biologice consecutive încetării funcţiilor vitale ale diferitelor ţesuturi şi organe, precum şi cu modificările morfologice şi biologice care au loc după moartea organismului în totalitate. Termenul de tanatologie vine de la Thanatos, zeul morţii, care era frate cu Morfeu, zeul viselor şi care, în mitologia greacă era reprezentat alături de o lumînare ce se stingea treptat, prin aceasta încercînd să sugereze stingerea treptată a proceselor vitale, deci moartea ca proces.

Studiul stărilor terminale, precum şi al fenomenelor iniţiale ale morţii interesează cu precădere reanimatologia şi medicina legală. Prima studiază coexistenţa fenomenelor vitale cu cele letale, în scopul susţinerii celor vitale şi reanimării organismului prin combaterea celor letale, iar cealaltă studiază fenomenele de frontieră între viaţă şi moarte precum şi fenomenele cadaverice, în scopul precizării realităţii morţii, datei morţii etc. Într-o viziune medicală largă însă, tanatologia ar putea fi subîmpărţită în următoarele capitole:

— tanatoetiologia ce cercetează cauzele morţii, problemă de mare interes clinic şi medico-legal;

— tanatopatogenia studiază mecanismele instalării morţii, problemă de interes medico-legal în special;

— tanatomorfologia se ocupă de modificările morfologice agonale şi postletale;

— tanatoprofilaxia se referă îndeosebi la amînarea morţii nemotivate, nejustificate;

— tanatoterapia include asistenţa medicală a muribunzilor, diagnosticul de moarte reală pentru evitarea înhumărilor precipitate în cazul morţii aparente, reanimarea subiectului aflat în moarte clinică etc.

— tanatopraxia include modalităţile multiple de prezentare şi conservare artificială a cadavrelor.

ASPECTE GNOSEOLOGICE PRIVIND MOARTEA

Moartea la sfîrşitul vieţii este un fenomen natural, o necesitate biologică ce a avut un rol deosebit în evoluţia speciei, iar din caracterul său necesar a rezultat concepţia cea mai autentică privind sensul vieţii. Caracterul inexorabil al morţii trebuie să determine a privi şi trece moartea proprie prin sensul pe care îl dăm vieţii, căci, întotdeauna, o viaţă realizată acceptă cu seninătate acest fenomen, care, alături de reproducere, cum spunea F. Jacob, sînt cele două condiţii necesare în evoluţia viului. Desigur, moartea este privită, în general, ca o lovitură a naturii, dar, cum spunea Goethe, prin această lovitură, natura reuşeşte să producă mai multă viaţă, să asigure evoluţia speciilor prin eliminarea formelor inferioare şi imperfecte. Sub acest aspect, moartea este condiţia diversificării filogenetice a vieţii, căci, la început, viaţa avea o existenţă scurtă şi regresiunea spre organic era scopul principal al vieţii, iar apoi, prin reproducere, viaţa a devenit independentă de mediul extern, dar rolul său în evoluţia speciilor a rămas acelaşi.

Încă Aristotel spunea că numim viaţă faptul de a te hrăni, a creşte şi a muri, iar Engels conchidea că „nici o fiziologie nu este considerată ştiinţifică dacă nu concepe moartea ca pe un moment esenţial al vieţii, că negaţia vieţii este cuprinsă esenţial în viaţa însăşi. La aceasta se reduce concepţia dialectică asupra vieţii. Moartea este sau descompunerea corpului organic ce nu lasă în urma lui decît componentele chimice ce l-au format, sau lasă un principiu de viaţă care supravieţuieşte totuşi".

Moartea a stimulat evoluţia către om, încît şi moartea se află la baza culturii şi civilizaţiei. Dacă paleocortexul asigură stabilitatea evoluţiei şi continuitatea de specie prin adaptare instinctuală, automatică şi genetică, neocortexul dezvoltă conştiinţa de sine şi determină adaptarea deliberată, culturală, ce duce la nevoia de nemurire a omului. Căci naşterea şi moartea se impun ca două aspecte contradictorii ale vieţii, deoarece, cum spunea poetul, „toţi se nasc spre a muri şi mor spre a se naşte". Moartea şi viaţa sînt deci două faţete ale existenţei, „două surori gemene", mecanisme complementare ale existenţei cu scop de a asigura infinitatea, varietatea şi progresul biologic. Marele nostru Eminescu a surprins admirabil aceste realităţi cînd spunea că „viaţa-i cuibul morţii şi moartea sămînţa vieţii". Moartea devine condiţia esenţială a evoluţiei, fiind înscrisă în programul genetic şi asigurînd permanenţa speciei. De fapt, biologic moartea nu există avînd în vedere caracterul permanent viu al ADN-ului, încît moartea devine condiţia necesară a supravieţuirii speciei, a echilibrului natural dintre naşteri şi decese; de aceea moartea şi viaţa nu trebuie privite ca antitetice ci ca stări diferite ale aceleiaşi existenţe. Decesul devine astfel o componentă firească a vieţii programată genetic în memoria speciei la vîrste după 70 ani, cînd 30% din enzimele celulare sînt degradate, 50% din diviziunile celulare epuizate şi 1/10 din masa cerebrală deteriorată.

Viaţa şi moartea constituie deci două aspecte ale aceleiaşi realităţi. A te naşte, a trăi şi a trece nu înseamnă decît a schimba forma, spunea Diderot. Aceşti termeni, aparent polari, de viaţă şi moarte, nu desemnează, cu alte cuvinte, decît nişte stări succesive ale aceleiaşi fiinţe. Moartea, ca fenomen natural ce se înscrie în evoluţia legică a fenomenelor biologice, nu poate fi analizată ca ruptă de viaţă, căci, ceea ce dă sens şi semnificaţie omului este tocmai viaţa şi calitatea vieţii sale, iar moartea trebuie să fie prelungirea acestei vieţi, continuitatea operei vieţii după moarte. O primă concluzie gnoseologică rezidă deci în faptul că moartea este o *necesitate biologică*, care este tot atît de utilă evoluţiei speciilor ca şi viaţa. Aşa cum moartea celulară este utilă individului, tot aşa şi moartea individului este utilă evoluţiei speciei.

Moartea este necesară, în primul rînd, pentru că reprezintă o formă de selecţie naturală, iar în al doilea rînd pentru că reprezintă un fenomen adaptativ în evoluţia materiei vii. Iată ce spunea în acest sens filozoful P. P. Negulescu: „materia vie este în sine nemuritoare. Moartea a apărut în evoluţia materiei vii ca un fenomen de adaptare, fiind necesară pentru dezvoltarea materiei vii pe pămînt, în cele mai bune condiţii, pentru progresul lumii organice. Dacă astăzi am ajuns să fim ceea ce sîntem, a fost numai cu preţul morţii naturale. Dacă moartea nu ar fi apărut, este foarte probabil că omenirea nu ar fi existat, iar pămîntul ar fi rămas acoperit numai de organisme monocelulare. Moartea a fost tot atît de utilă pentru evoluţia umanităţii ca şi viaţa".

Cele de mai sus impun aprecierea că:

— moartea reprezintă trecerea materiei dintr-o stare în alta, consecutiv pierderii capacităţii de autoreînnoire organică prin metabolism, ce duce apoi la pierderea funcţiei organelor;

— moartea şi viaţa, deşi reprezintă două laturi opuse ale aceluiaşi fenomen, apar interdependente, fapt ce permite explicarea fiziopatologică a unor fenomene vitale care se developează cu această ocazie (fenomenele psihice ale agoniei, reacţiile supravitale, efortul de supleere a funcţiilor vitale etc.).

Apoi, sub aspect gnoseologic, moartea, cum spunea Engels, înseamnă o *negare* a vieţii. După reproducere, individul se neagă şi moare. Viaţa este negată de moarte iar

moartea este negată de valori. Astfel, moartea a făcut omul să aspire spre valori și să devină, din relativ, un individ absolut, prin slujirea și crearea acestor valori. Căci, moartea nu este numai prețul diferențierii, organizării și specializării biologice ci și al promovării valorilor spirituale.

Un alt aspect gnoseologic privind moartea este *interdependența* sa permanentă cu viața. În același organism, viața și moartea se intrică, fapt ce a dus la afirmația cunoscută că moartea naturală este pregătită timp de o viață. Moartea parțială devine astfel o condiție a vieții. Tot ce trăiește moare, spunea Hamlet. În concepția celor vechi, microcosmosul este format din două principii opuse și complementare, care îi dau un echilibru dinamic: viața și moartea. A trăi înseamnă a muri și, în organismul viu, viața eritrocitului nu depășește 120 de zile (125 milioane hematii mor pe secundă), epidermul se reînnoiește în 30 de zile, leucocitele se reînnoiesc prin moarte după 13 zile, mitocondriile după 8 zile, sîngele în totalitate după 4 luni iar materia proteică constitutivă a organismului după circa 8 ani. Această realitate a interdependenței vieții și morții individului a făcut pe poet să afirme că „pleoapele, viața le deschide și moartea le închide". Dar, înaintea morții sale, omul trebuie să cîștige viața prin conștiința și sentimentul aspirației spre nemurire, prin durabilitatea operei lăsate. A da semnificație morții prin actele vieții este răspunsul la întrebarea lui Pascal privind rațiunea acestei clipe prin univers, care constă tocmai în transformarea vieții în destin prin acțiune. Moartea este deci o lege a vieții, a naturii, a reînnoirii, chiar dacă fragilitatea naturii vii contrastează cu perenitatea morții. Această precaritate dă tocmai valoarea vieții omului, moartea nefiind altceva decît o revanșă a speciei asupra individului (Marx).

Sub aspect gnoseologic, apoi, viața este *infinită* (datorită reproductibilității ADN-ului), dar evoluția individului este limitată în timp. Moartea este fenomenul acestei limitări. Dacă viața se caracterizează prin diferențe de potențial energetic între materia vie și mediu, prin realizarea unei structuri proprii ce se autoreînnoiește, prin transmiterea identității structurii de-a lungul generațiilor (lipsa acestei transmiteri echivalînd cu o moarte genetică), prin transformarea nonselfului în self cu homeostazia și apărarea sa, moartea este opusul acestor fenomene. Ca și nașterea sau reproducerea, la sfîrșitul vieții moartea devine un fenomen natural, inevitabil și este nenaturală doar moartea prematură, nemotivată sau violentă. Iată ce spunea în acest sens T. Maiorescu: „nu încercați să suprimați moartea din această lume ci răul care izvorăște din lume, răutatea și ignoranța oamenilor, căci tocmai acest rău este cel mai groaznic. Moartea naturală, moartea care este rezultatul deplinei dezvoltări a vieții nu este un rău. În societate, răul constă în moartea care este o consecință a nevoii, a viciului și a crimei, a neștiinței și a banalității. Această moarte înlăturați-o din lumea voastră sau încercați măcar să o limitați cît mai mult cu putință. Așa grăiește rațiunea către oameni".

Este un adevăr acela că o viață bine trăită dă o moarte bună. Sub acest aspect, moartea trebuie să capete semnificație pentru viață prin ideea de sacrificiu și prin motivația vieții care trebuie să rezide în înălțimea idealurilor umane spre care se aspiră, și nu în bucuria existenței pur biologice. Marx avea aceeași viziune a perenității omului, prin depășirea morții fizice cu ajutorul valorilor create. Căci, omul trebuie să evite a muri precoce prin umilință sau lașitate, prin violență sau platitudine și să dovedească, așa cum spunea Jacob, că „deși descindem din maimuță trebuie să devenim zei". Cine nu trăiește după moarte nu are biografie, spunea G. Călinescu, deoarece timpul omului se măsoară nu după anii fizici ci după realizările sale. Omul nu-și merită timpul dar își merită destinul, spunea C. Rădulescu Motru.

Din caracterul infinit al vieții și de limitare a evoluției individului în timp prin moarte decurge necesitatea asigurării căii luptei conștiente pentru viață, în etica căreia se încadrează și munca medicului. Atît ca specialist cît și ca om de cultură, medicul luptă pentru lărgirea granițelor vieții prin reanimare, pentru profilaxia morții nemotivate și nejustificate, dar și pentru folosirea rațională a vieții, căci moartea nu implică numai

o atitudine biologică ci și una culturală. Sub acest aspect, omul trebuie să accepte moartea printr-o viață bogată în împliniri și să o înfrîngă prin creația sa. Numai faptul că omul este conștient de moartea sa (că este muritor) a pus omului problema sensului vieții, a „transformat viața în destin" și a dus la înlocuirea evoluției sale biologice cu cea culturală. Depășirea morții prin integrarea vieții în valori este calea cea mai autentică de valorizare a vieții, altfel, cum spunea Goethe, o viață consumată inutil echivalează cu o moarte precoce.

Ființa umană este etajată pe nivele atomice, moleculare, celulare, organice, individuale, sociale și universale, sensul vieții fiind dat de aspirația către integrarea individului în mișcarea universală. De aceea, M. Eliade considera moartea ca o naștere spirituală care nu mai constituie o înfrîngere tocmai datorită faptului că moartea ne-a conferit sensul real al vieții (Malraux). Într-adevăr, în fața morții omul a inventat ideea nemuririi, fapt ce implică nu numai viziunea biologică ci și cea cultural-cosmică despre moarte. La aceasta se referea Eminescu cînd spunea că „nu credeam să'nvăț a muri vreodată". Moartea se cucerește prin nemurire spirituală (Malraux, Eliade), prin transformarea morții fatale în operă (Aristotel), încît numai astfel moartea devine conștiința vieții și ține treaz nevoia de valorizare a vieții.

Un alt aspect gnoseologic care decurge din abordarea fenomenului morții este acela că *concepția despre viață trebuie să determine concepția despre moarte*, încît criteriul de referință despre moarte devine viața și omul, care, numai atunci cînd îi lipsește respectul vieții, are frică de moarte. Respectul vieții include și seninătatea morții, respectul ei etic, moartea fiind o parte a vieții. Din dreptul de a trăi demn decurge și dreptul de a muri demn, spunea Monod, de a muri „cu mîinile încărcate de stele", deci, de a muri cu convingerea operei lăsate. Cineva spunea că esența omului și a vieții este opera, așa cum esența lumînării este lumina. A pătrunde în ceilalți, a fi în ceilalți, a te împotrivi morții prin opera ta proprie, relevă grandoarea condiției umane, căci omul „este o ființă muritoare în cadrul operei sale nemuritoare". Gestul simplu al dragostei pentru semeni, al empatiei și altruismului poate salva de la moarte și de la angoasa în fața morții, care naște numai din individualism. Hegel spunea că moartea are o funcție biologică dar și una socială și spirituală, fiind o necesitate a devenirii spirituale a omului, o modalitate de umanizare a naturii. Sub acest aspect, imortalitatea trebuie să se bazeze pe luciditatea morții, căci conștiința morții a fost totdeauna un cîștig pentru om. Moartea trebuie să fie o formă de afirmare a individualității, o modalitate de a aspira spre cele mai înalte valori, un efort „de preferare a morții glorioase în fața morții mediocre". Omul, ridicîndu-se deasupra conștiinței unei vieți hic et nunc, are avantajul trăirii unei vieți intense, tocmai prin faptul că își riscă viața pentru valori. Moartea ca valoare nu înseamnă altceva decît moartea ca expresie a efortului și sacrificiului de o viață pentru cele mai înalte opere social-umane.

Din acest concept gnoseologic decurg cîteva concluzii euristice:

— Omul trebuie să aibă, îndeosebi, o atitudine culturală față de moarte, căreia îi trebuie subordonată și grija sa pentru condiția biologică a vieții. O astfel de atitudine culturală față de moarte este singura în măsură să facă viața mai bogată în împliniri, să dea morții proprii semnificația sa autentică, să transforme moartea individuală într-o valoare socială.

— Din conceptul cultural al morții rezultă apoi că singur omul posedă privilegiul de a deveni o ființă autentică, prin aceea că dă sens vieții și rămîne în conștiința semenilor și după dispariția sa fizică. Cineva spunea că natura a inventat moartea spre a îmbogăți viața și acest fapt este întru totul adevărat, deoarece moartea trebuie integrată în circuitul valorilor culturale, iar apărarea împotriva morții trebuie să fie, prin excelență, un mecanism cultural cu aptitudinea de a sustrage omul morții sale fizice prin imortalitatea spirituală cîștigată. De altfel, aceasta era și concepția strămoșilor noștri care priveau

moartea ca o trecere în legendă, în conștiința celor care rămîn. Viața proprie capătă sens numai cînd se înscrie pozitiv în viața altora, cînd ne lasă nemuritori prin creația noastră sau chiar prin onestitatea noastră, așa cum sugestiv releva acest lucru T. Maiorescu: „adevărul trăiește dar gînditorul moare. Din această cauză nu există o persistență personală după moarte, ci numai viața eternă a adevărului. Dar nu numai adevărul este nemuritor ci și celelalte valori general-umane, binele și frumosul care constituie esența speței umane. Ele nu sînt individuale, ci universale. Numai pe măsura în care contribuim la descoperirea sau săvîrșirea acestor valori, participăm la nemurire. Promovînd aceste valori, individul se depășește pe sine și interesele sale egoiste. Obținem nemurirea dar nu prin simpla noastră existență ci prin opera noastră, prin lupta pentru adevăr, bine și frumos. Prin participarea la aceste valori, general-umane, trăim în conștiința semenilor noștri. Cine n-a reușit să lase la moartea sa nimic spiritual omenirii, cine a trăit fără să țină cont de general, cine a murit fără să lase altă amintire decît amintirea senzorială, este mort pentru vecie. Căci numai adevărul general valabil face parte din fructul continuu al nemuririi. Numai acela care a reușit să ajungă la acest flux, numai acela ce s-a scăldat în undele acestui flux, va fi purtat pe valuri prin toate spațiile și prin toate timpurile în portul veșniciei".

— În sfîrșit, o a treia concluzie gnoseologică rezidă în faptul că înfrîngerea morții de către om nu se poate face decît prin creație. Dacă omul ar fi fost nemuritor, evident că nu și-ar fi pus problema sensului vieții. Sub acest aspect, cum s-a mai spus, concepția despre moarte transformă viața noastră în destin și prin valorile create sau slujite asigură persistența proprie în conștiința semenilor după moarte. Nu teama de moarte ci, dimpotrivă, conștiința caracterului inexorabil al morții trebuie să determine dorința și efortul supraviețuirii omului prin creația sa, prin contribuția pe care el o poate aduce la progresul omenirii și după moartea sa fizică. Prin opera sa, prin realizarea binelui și frumosului în societate, omul poate să aspire la nemurire, să supraviețuiască trupului său, să trăiască de două ori. Herseni spunea că, în ultimă instanță, cultura este un triumf al omului asupra lui însuși. Cu cît aspirațiile sale sînt mai înalte, mai curate, cu atît cîștigul noologic este mai mare iar înfrîngerea pe plan biologic mai totală. Gloria postumă transformă astfel moartea în nemurire, spunea M. Ralea și, sub această filozofie stenică, strămoșii noștri considerau că nu există moarte, deoarece se trece în altă lume, în care existăm prin ceea ce ne depășește, căci specific umane sînt doar actele ce depășesc existența biologică și instinctuală. În acest fel, se afirmă condiția umană a morții conștiente ca supremă obiectivare a omului în opera creată și lăsată, ca moarte conștientă, de semnificație autentic umană.

CARACTERISTICILE FIZIOPATOLOGICE ALE STĂRILOR TERMINALE

Fenomenul fiziopatologic cel mai caracteristic al stărilor terminale este *anoxia*. În mod normal, creierul, care reprezintă 2% din masa corporală, consumă 22% din oxigenul organismului, în scopul metabolizării glucozei. Prin fosforilare oxidativă, creierul eliberează 5/6 din energia sa, motiv pentru care manifestă o sensibilitate deosebită la lipsa de oxigen. Numai 1/6 din energia cerebrală se eliberează prin mecanisme de glicoliză anaerobă, proces mai vechi decît aerobioza (enzimele de fosforilare glicolitică preced apariția enzimelor oxidative).

În stările terminale, de trecere de la viață la moarte, structurile cele mai recente filogenetic apar ca cele mai sensibile la lipsa de oxigen și, ca atare, sînt primele excluse din viață. În stările intermediare, această legitate relevă rezistența diferită a țesuturilor la lipsa de oxigen, cele mai sensibile fiind straturile 3-5 ale scoarței cerebrale (ultimă achiziție filogenetică), cele mai rezistente fiind celelalte structuri tisulare (mai vechi filogenetic), ca mușchiul striat ce rezistă pînă la 30 de minute la lipsa de oxigen, mușchiul neted ce rezistă 2 ore, spermatozoidul ce rezistă 10 ore, ventriculul stîng ce este mai sensibil decît ventriculul drept etc.

Supraviețuirea de 3-5 minute a scoarței cerebrale în stările terminale se face pe seama unor mecanisme de apărare la lipsa de oxigen, și anume, pe seama glicolizei anaerobe, cum s-a spus, mecanism filogenetic mai vechi decît fosforilarea oxidativă. De fapt, rezistența celulei nervoase la hipoxie depinde de capacitatea sa de a continua glicoliza în anaerobioză. Or, cum creierul nu poate trăi mai mult de 3-5 minute pe seama acestor mecanisme de glicoliză în anaerobioză, rezultă că durata de 3-5 minute exprimă limita de supraviețuire a creierului la lipsa de oxigen. Orice manevră de reanimare poate fi utilă dacă se face înainte de epuizarea acestui termen, față de alte țesuturi, unde șansele de succes sînt mai mari tocmai datorită rezistenței lor mai îndelungate la lipsa de oxigen.

Faptul că rezistența țesuturilor și organelor la lipsa de O_2 crește craniocaudal scoate în evidență faptul că în stările terminale organismul rezistă morții prin structurile sale filogenetice mai vechi (cord, pulmon, rinichi). De asemenea, evidențiază faptul că moartea tinde a inversa evoluția filogenetică a fenomenelor biologice, excluzînd din viață, în mod progresiv, achizițiile fiziopatologice mai recente și făcînd organismul să supraviețuiască pe seama celor mai vechi. Deci, în cursul stărilor terminale (al stărilor de frontieră dintre viață și moarte) se developează mecanisme filogenetice mai vechi, pe seama cărora organismul rezistă morții.

Sub aspect clinic, anoxia scoarței cerebrale, ca fenomen fiziopatologic esențial al stărilor terminale, se traduce prin convulsii, comă cu decerebrare și tăcere electrică (traseu EEG plat). Celelalte funcții vitale pot uneori continua minute și chiar 1-2 ore (funcțiile cardiace), față de situațiile cînd încetarea primitivă a funcțiilor cardiace nu permite o supraviețuire cerebrală mai mare de 3-5 minute (în atare situații, subiectul își perturbă percepțiile vizuale după 5 secunde și gîndirea corentă după 8—10 secunde). Prin antrenament și exerciții speciale, de creștere a rezistenței fizice la lipsa de oxigen, în unele cazuri, unii subiecți au supraviețuit pînă la 18—24 ore prin reducerea la minimum a nevoilor consumului de oxigen. Prin reflex de scufundare, mai ales la copii și înecați în apa rece, se înțelege producerea unei blocări a circulației spre organele vitale și pot supraviețui pînă spre o oră cu rezerva proprie de oxigen. Oricum, reducerea la 20% a acestui consum reprezintă limita metabolismului necesar vieții.

O altă caracteristică fiziopatologică și clinică a stărilor terminale este faptul că moartea se prezintă în realitate *ca un proces* și nu ca un moment, că organele și țesuturile mor în timp și nu deodată. Încă Cl. Bernard spunea că organele trăiesc în ansamblu și mor separat. Moartea ca proces este condiționată de rezistența diferită a țesuturilor și organelor la lipsa de oxigen, expresie a unei legi filogenetice. Ca mecanism de apărare la moarte, în stările terminale organismul rezistă pe seama funcțiilor filogenetice mai vechi, fapt ce condiționează desfășurarea morții în timp (moartea ca proces). În mod excepțional moartea se instalează instantaneu prin oprirea concomitentă a tuturor funcțiilor vitale. Faptul s-ar putea observa în cazul inhibițiilor bulbare, trau-

matismelor trunchiului cerebral etc. În mod obișnuit, moartea se desfășoară în timp și prin procesualitatea sa se evidențiază legile fiziopatologice specifice de excludere din viață a diferitelor structuri și organe. Într-un concept mai larg, intricarea fenomenelor vitale cu cele letale relevă faptul că încă la organismul în viață asistăm la reînnoirea permanentă, prin moarte, a unor celule, așa cum, după moarte, după încetarea funcției organelor vitale, asistăm la supraviețuirea unor celule sau structuri (musculatura uterină sau intestinală se contractă, leucocitele migrează, glandele sudoripare secretă etc.). Conceptul fiziopatologic al morții ca proces ne duce la concluzia că celulele și țesuturile mor unele după altele și, datorită anoxiei, moartea începe cu structurile cele mai fine (organite, celule), sfîrșind cu moartea organismului. Pe acest decalaj al morții în timp a diferitelor organe se bazează, de fapt, succesele reanimării care tinde a inversa fenomenele terminale, în sensul susținerii proceselor filogenetice mai recente, primele excluse din viață, și al creșterii rezistenței organismului pe seama proceselor filogenetice mai vechi.

Moartea ca proces îmbracă evolutiv trei forme, și anume: moartea aparentă (care nu ar fi altceva decît o sincopă prelungită), moartea relativă sau clinică în care viața își revine prin reanimare și nu spontan, și moartea absolută sau bilogică care este marcată de ireversibilitatea funcțiilor vitale. De altfel, coma depășită nu exprimă altceva decît o moarte disociată (morți „în supraviețuire"), în care funcțiile vieții de relație sînt abolite, în contrast cu funcțiile vieții vegetative care sînt prezente, spontan sau prin protezare (creierul mort și cordul viu).

Tabloul morfologic cel mai frapant care atestă moartea ca proces este oferit de modificările microscopice ale scoarței cerebrale, tablou cunoscut sub numele de stare vazal-anoxică cerebrală. Acest tablou rezidă în edem perivascular și pericelular, tumefiere endotelială, microhemoragii difuze, îngroșarea prelungirilor celulare nervoase, cromatoliză, carioliză și citoliză, care duc la aspectul de umbre celulare, fără vreo fagie. Gravitatea acestor leziuni nu depinde atît de gravitatea anoxiei cît mai ales de durata supraviețuirii (de ex. în coma depășită), după constatarea că „as the time flies the neuron dies".

Din realitatea morții ca proces decurge necesitatea stabilirii *momentului morții* organului care caracterizează moartea individului, sau al morții organismului. Faptul că „moartea este făcută din mai multe morți" aduce în discuție necesitatea stabilirii organului principal a cărui sucombare caracterizează moartea individului și, ca atare, a stabilirii momentului morții. Faptul devine necesar astăzi cînd succesele reanimării au creat posibilitatea supraviețuirii artificiale (așa—numiții morți vii) și implicit a estompării limitelor dintre viață și moarte. Încă Descartes spunea că moartea omului înseamnă moartea creierului. El ne ducea astfel la dicotomia dintre moartea creierului și moartea corpului, lăsînd însă deschisă discuțiilor problema momentului morții.

În general, în stabilirea momentului morții se înfruntă două concepții polare:

— Pentru unii, momentul morții este definit de moartea creierului, deoarece, ceea ce creează personalitatea umană este conștiința existenței proprii în cadrul unor relații sociale, conștiința vieții sociale și nu existența pur biologică. Cineva spunea că, pentru om, esențialul este de a fi nu de a exista, după dictonul *cogito ergo sum*, moartea eu-lui și a relațiilor sociale echivalînd cu pierderea unității bio-psiho-sociale a întregului organism, cu o moarte psihologică și socială. În condițiile prelungirii vieții prin reanimare (de ex. supraviețuirea artificială din coma depășită), problema stabilirii organului ce caracterizează viața, și implicit a morții, devine esențială, în scopul apre-

cierii oportunității întreruperii reanimării și/sau a slujirii vieții prin moarte (recoltarea de țesuturi și organe, mai ales organe vitale, în scop de transplant).

Stabilirea morții creierului se face prin EEG (traseu plat, spontan sau la electrozi implantați), examen angiografic (în moartea creierului, presiunea intracraniană depășește presiunea arterială), scintigramă cu technețiu, dozarea oxigenului ca și a acidului lactic, piruvic sau a glucozei în jugulare față de carotide, testul cu atropină (distrugerea nucleului dorsal al vagului lasă pulsul nemodificat), testul caloric, cînd la irigarea conductului auditiv extern cu apă rece nu apare vreun nistagmus, sau prin prezența β-glicuronidazei în LCR, semn cert de moarte a creierului.

— După alți autori, momentul morții este reprezentat de moartea organismului în totalitate. Astfel, Prokop consideră că moartea constituie faza finală a vieții, în care asistăm la ireversibilitatea tuturor funcțiilor vitale și că, pentru a considera subiectul mort, este necesar ca moartea să fie globală și definitivă. Altfel, un om muribund s-ar putea considera ca mort, căzînd într-o eutanasie pasivă, cînd ignorarea revenirii unor funcții vitale ar putea transforma moartea clinică într-o moarte biologică. Necesitatea aprecierii momentului morții prin moartea întregului organism este susținută de unele realități clinice cînd subiecți cu traseu EEG plat și-au revenit după un număr de zile, de constatarea unor reacții histochimice pozitive în acizii nucleici ai celulelor cerebrale după stabilirea morții creierului, de revenirea din unele come depășite după 1—2 luni de zile etc.

Stabilirea momentului morții nu are numai importanță medico-legală, în scopul de a aprecia organul sau organele ce caracterizează viața și implicit moartea (data morții, semnificația antisocială a unor violențe), ci și importanță medicală largă privind prelevarea de organe utile transplantelor. Se știe că o recoltare precoce poate transforma moartea relativă în moarte absolută, după cum o recoltare tardivă devine inutilă prin autoliza organului recoltat. La criteriile clasice ale morții care constatau „ultima suflare" a subiectului sau lipsa bătăilor cordului, se adaugă astăzi criteriile privind moartea cerebrală, care, împreună, trebuie să decidă asupra momentului și realității morții.

Dacă moartea este un proces și dacă țesuturile mor în timp, după legi fiziopatologice specifice etapelor terminale, rezultă că fiecare țesut sau organ posedă particularități în ceea ce privește excluderea sa din viață. *Specificul* morții țesuturilor a fost intuit încă de Bichat cînd spunea că se moare prin cord, creier și plămîn (teoria trepiedului vital).

Specificul morții creierului rezidă în instalarea precoce a anoxiei cerebrale, ca urmare a înlocuirii metabolismului aerob cu metabolismul de utilizare anaerobă a glucozei. Cum, pe seama acestui mecanism anaerob, ca proces filogenetic mai vechi, creierul nu poate trăi mai mult de 5 minute, rezultă că, după 5 minute, în nucleul neuronilor se produc leziuni ireversibile care marchează trecerea de la moartea clinică (relativă, reversibilă) la moarte biologică, (absolută, ireversibilă). Specific morții creierului este deci supraviețuirea sa limitată la 5 minute (durata morții clinice) pe seama utilizării anaerobe a glucozei.

Moartea cordului, de regulă, este secundară morții creierului sau este primitivă. Moartea cordului poate precede moartea creierului doar în situația inhibițiilor cardiace brutale. Cordul poate sfîrși prin două modalități specifice: fie printr-o bradicardie sinuzală progresivă consecutivă vagotoniei din stările terminale urmată de stop cardiac, fie printr-o fibrilație ventriculară terminală, datorită intrării în funcțiune a unor focare ectopice, mai rezistente la lipsa de oxigen, cu stimularea tangențială și nu radială a miocardului.

De regulă, cordul se oprește în diastolă în anoxii, blocuri A-V, hemoragii, hipercapnii, sau în sistolă ca în administrarea excesivă de amine vasopresoare ce duc la tetanizarea miocardului. Fibrilația ventriculară reversibilă sau ireversibilă apare în exces de catecolamine, digitală, chinidină sau în necroze întinse.

Moartea plămînului este de regulă secundară morții cordului sau creierului și mai rar precede moartea cordului, dar succede morții creierului (ca în asfixii acute), ori este primitivă (ca în inhibițiile bulbare).

Moartea celorlalte structuri și organe este, aproape fără excepție, secundară morții organelor vitale.

Din realitatea morții ca proces decurge constatarea că moartea are unele faze prin care se consumă, de la starea de perturbare a funcțiilor vitale pînă la starea de excludere a lor din viață.

Fazele morții pot fi sistematizate în funcție de rezistența țesuturilor la lipsa de oxigen și excluderea lor din viață, sau în funcție de posibilitatea revenirii funcțiilor vitale.

În raport de rezistența țesuturilor din lipsa de oxigen, moartea poate fi enzimatică, biochimică, genetică, celulară, organică, somatică și corporală. Moartea genetică de exemplu poate avea multiple variante. Eliminarea homozigoților recesivi prin selecție naturală, înainte de a se reproduce este, în fapt, o moarte genetică. Dispariția zestrei genetice a celor infertili odată cu moartea este un alt aspect al morții genetice. Moartea genetică reprezintă prețul adaptării la mediu și condiționează pierderea patrimoniului genetic. Moartea eu-lui, pe de altă parte, este, de fapt, o moarte psihologică, o moarte a aspirațiilor și relațiilor sociale, al cărei substrat material se află în leziuni ale creierului, de regulă ireversibile. Moartea corpului este încetarea ireversibilă a funcțiilor cerebrale precum și a funcțiilor respirației și circulației.

În raport de reversibilitatea sa, moartea poate fi clasificată în relativă sau clinică (reversibilă prin reanimare, mai rar spontan) și absolută sau biologică (ireversibilă).

În raport de aspectul său clinic, moartea poate fi aparentă sau reală.

Cecaldi vorbește de o moarte aparentă (relativă), clinică (tranzitorie, de încetare a vieții în organele vitale) și biologică (absolută, de încetare a vieții în celule). Tot el vorbește de o moarte progresivă (a cașecticului, de ex.), alta instantanee (a electrocutatului) și alta fiziologică (ca a bătrînului).

În general, moartea se instalează progresiv, începînd cu excluderea ultimelor achiziții filogenetice.

Importanța cunoașterii fazelor de desfășurare a morții rezidă în:

— precizarea momentului morții organismului, în scopul aprecierii timpului optim de prelevare a unui organ pentru transplant;

— necesitatea evitării înhumărilor precipitate, mai ales în fazele inițiale ale morții care pot lua aspectul morții aparente;

— aprecierea responsabilității și validității față de unele acte pe care un subiect, în aceste stări intermediare dintre viață și moarte, le-ar putea comite.

Sub aspect clinic și morfologic, se descriu morții următoarele faze:

— *Faza preagonală* este o fază de excitație cu agitație psihomotorie, obnubilare, neliniște și angoasă. Ea poate lipsi cînd subiectul intră direct în agonie. Faza preagonală, de fapt, este specifică fiecărui fel de boală care explică moartea.

— *Agonia* este o fază constantă a morții și însuși termenul de agonie exprimă o „luptă" între forțele vitale (ce luptă pentru supraviețuire) și cele letale (ce duc la excluderea din viață). Deci, în agonie, viața nu a încetat și

moartea nu a apărut. Agonia se caracterizează prin dispariția precoce a funcțiilor psihice (judecată, memorie, vorbire), care, sub aspect filogenetic, sînt achiziții mai recente și care, în cazuri de resuscitare, revin ultimele. Agonia este dominată inițial de tulburări psihice, deoarece, fiziopatologic, ea exprimă o deconectare cortico-subcorticală cu scăderea controlului scoarței cerebrale asupra structurilor subcorticale și cu reglarea bulbo-pontină a funcțiilor vitale. Vom asista astfel la insuficiența și dereglarea funcțiilor vitale, fapt ce a făcut ca agonia să fie denumită și vita reducta (viață redusă), tocmai datorită acestor insuficiențe. Sfîrșitul agoniei este marcat de caracterul ireversibil al unei asistolii cu traseu izoelectric de cel puțin 10 minute, precum și de oprirea circulației și respirației.

Durata agoniei poate fi extrem de scurtă ca, de exemplu, în opririle reflexe ale circulației (electrocutări, embolii pulmonare): scurtă (ca diferite traumatisme grave), medie (ca în unele boli acute) și lungă (ca în afecțiunile cronice, terminale). Durata agoniei se apreciază prin nivelul secreției de catecolamine care cresc în raport de durata agoniei. În agoniile scurte, nivelul catecolaminelor și 17-cetosteroizilor este scăzut sau absent, față de agoniile prelungite, unde nivelul lor crește progresiv, în raport de durata agoniei. În situația unor accidente colective (cu „comuritori"), această cercetare permite a preciza momentul morții fiecărei persoane.

Sub aspect clinic, agonia începe cu tulburări psihice, fiind cunoscută psihologia specifică a agonicilor, care se manifestă prin indiferență, stări agreabile de vis, hiperluciditate, hipermnezie și euforie terminală de apărare la moarte și care precede moartea. Alteori se produc stări confuzionale și onirice iar subiectul are senzația de zbor, datorită, se pare, colapsului din părțile declive și retragerii sîngelui în aceste părți. Aspectele psihologice din agonie au fost descrise în literatură (E.A. Pöe) și au făcut obiectul unor observații științifice. Astfel, multe personalități au avut agonii conștiente, fiind în stare de a conversa sau a-și urmări starea proprie (puls, respirație etc.) pînă în ultima clipă (Reiner, Bacovia, Babinscki, Goethe etc.). Alții (Proust, Napoleon etc.) au făcut agonii inconștiente, cu abolirea funcțiilor psihice și cu exprimări incoerente, halucinatorii etc. Într-o astfel de agonie cu halucinații, Mozart a văzut omul ce i-a comandat celebrul Requiem.

Iată cum descrie un autor începutul agoniei: „moartea începe cu frică. Simțim un frig ce crește progresiv, corpul se răcește sub privirea ta mirată, contrariată. Urmează un vid în jurul tău, pierderea dimensiunilor, a simțurilor, în paralel cu sporirea întunericului".

Prof. A. Șuțu relata de asemenea: „în agonie simțurile slăbesc și nu mai transmit creierului impresii dureroase" iar Nerval constata: „o toropeală nedeslușită cuprinde gîndirea și nu poate hotărî clipa exactă cînd eul, sub altă formă, își continuă existența". Agonia apare ca o țară de vis, ca o lume intermediară, cu stări psihice de pace și liniște, de neputință și resemnare descrise de Hemingway, Tolstoi etc. Bolnavii ce și-au revenit din agonii au descris sunete aparte, și-au trecut rapid prin față, panoramic, toată viața, s-au simțit brusc în afara corpului etc. avînd viziuni autoscopice (își văd corpul de la distanță) vorbindu-se chiar de o aură a morții. Explicația acestor tulburări este farmacologică (administrarea de droguri halucinogene ce disociază psihicul de corp), fiziologică (insuficiența irigației cerebrale), neurologică (alterare neuronală) sau psihologică (efect al izolării). Aceste reacții de apărare la moarte au fost descrise și medical de Heine, Kalish, Drus etc. pe cazuri clinice și au fost interpretate ca stări tranzitorii ale conștiinței (stări hipnagogice), cu halucinații luminoase prin anoxia lobilor occipitali, acustice

prin anoxia lobilor temporali, în general prin reducerea stimulilor fizici. Există, în contrast, un fel de supraviețuiri psihogene ca la agonicii ce nu mor pînă nu văd persoana dorită.

Reacțiile evolutiv-psihologice ale unei agonii conștiente sînt de stupefacție, negare, irascibilitate, depresie, negociere și în final, de acceptare.

Sub aspect morfologic, agonia, alături de modificările caracteristice cauzei morții, va permite constatarea unor modificări specifice. Creșterea proceselor de glicoliză și scăderea celor oxidative din agonie ca și tulburările circulatorii cerebrale se află la originea edemului cerebral agonic manifestat prin hiperhidratare celulară de origine metabolică (prin hipercapnie) la nivelul nevrogliei, cu turgescența și dilatarea vaselor de la nivelul ventriculilor și a cisternelor cerebrale. Ficatul muscad agonic este reprezentat de o stază centrolobulară datorită insuficienței prelungite a cordului drept. Dispariția glicogenului hepatic (docimazia hepatică Martin) este semnul unei agonii prelungite. Edemul pulmonar agonal se datorește stazei pulmonare, motiv pentru care va fi mai bine exprimat în părțile declive, posterioare, ale pulmonului. Kernbach a mai descris leziuni de encefalopatie anoxică sau de miocardopatie anoxică cu distrofie vacuolară. Distrofia vacuolară ar fi, după el, semnul morfologic comun de anoxie terminală.

Agoniile lungi duc de asemenea la pierderea lipidelor din zona fasciculată a suprarenalei, autoliza precoce a pancreasului, creșterea nivelului sangvin al acidului lactic.

Agonia recunoaște deci mai multe forme clinice: agonie conștientă (lucidă), inconștientă (delirantă) sau alternantă, agonie scurtă sau lungă. În anumite tipuri de moarte (traumatisme brutale, ale trunchiului cerebral, morți la viteze supersonice etc.) agonia este de regulă inexistentă.

Sub aspect medico-legal, în raport de forma clinică a agoniei, în această perioadă o persoană poate face diferite acte care necesită o apreciere corespunzătoare. Astfel, se pot face donații, acte de vînzare, dispoziții succesorale, adopțiuni, recunoașterea unor copii naturali, încheieri de căsătorie sau mărturii, care aduc în discuție validitatea lor juridică.

Moartea clinică este etapa intermediară dintre viață și moartea definitivă, care se caracterizează prin reducerea majoră pînă la abolire a funcțiilor vitale, motiv pentru care s-a denumit și *vita minima*. Durata morții clinice este marcată de limita de rezistență a scoarței cerebrale la lipsa de oxigen și, cum scoarța nu poate trăi mai mult de 5 minute pe seama glicolizei anaerobe, rezultă că durata morții clinice este de maximum 5 minute. În fapt, durata morții clinice a celorlalte organe poate fi mai lungă, fiind cunoscută rezistența miocardului, ficatului etc. la lipsa de oxigen pe o durată mai mare de timp (30 minute — 1 oră). În realitate, durata morții clinice depinde de fiecare organ în parte (de capacitatea lor de a trăi pe seama proceselor anaerobe de utilizare a glucozei), dar, cum creierul guvernează funcțiile celorlalte organe, evident că, sub aspect clinic, durata acestei etape nu trece de 5 minute. Hibernarea naturală, hipotermia artificială, prin reducerea marcată a nevoilor de oxigen, sînt în măsură să crească durata morții clinice.

Unele experimente prin antrenament, verificate științific prin teleobservații, au arătat un puls de 240 pe minut și apoi oprirea sa, EEG plat, hipotermie, stare echivalentă morții clinice pentru ca, după 6 zile, funcțiile vitale să-și reia activitatea. Sub hipotermie ce crește durata morții clinice la 15—20', creierul suportă (fără producerea de leziuni) întreruperi ale circulației pentru 8' , pentru ca, pentru celelalte organe vitale, pragul de toleranță să fie mai crescut. Moartea clinică se caracterizează prin reversibilitatea funcțiilor vitale, nu rareori fără sechele grave, datorită encefalopatiei anoxice terminale.

Unii autori relatează procente frecvente de revenire din starea de moarte clinică, procente pe care alți autori le contestă, considerînd că de fapt subiecții nu se aflau într-o stare reală de moarte clinică.

Moartea biologică reprezintă stadiul ireversibil al funcțiilor vitale și este marcată de începutul alterărilor nucleare. Dacă alterările citoplasmei (mai ales autoliza sa terminală) pot fi reversibile, alterările nucleului sînt ireversibile și marchează începutul morții biologice a unui țesut sau organ, deoarece alterează informația genetică prin alterarea ADN-ului.

Sub aspect clinic, începutul morții biologice este marcat de dispariția funcțiilor vitale, iar sub aspect biochimic de începutul degradării progresive a glucidelor, grăsimilor și proteinelor pînă la stadiile de nitriți, nitrați, aldehide, indoli, acizi grași, amoniac, hidrogen sulfurat și în final azot, care este încorporat în ciclul vital al plantelor. Distrugerea țesuturilor se face în timp, în raport de structura lor și de condițiile de mediu, pînă la degradarea întregii materii vii și reîncorporarea sa în ciclul evolutiv al materiei în univers.

Succesele reanimatologiei actuale au creat noi *forme intermediare dintre viață și moarte*, alături de cele cunoscute. Se știe astfel că *moartea aparentă* exprimă o reducere marcată, clinic imperceptibilă, a funcțiilor vitale, cu posibilitatea revenirii lor totale. Ea atestă o lipsă de percepere a zgomotelor cordului deși circulația persistă, motiv pentru care, după moarte, pînă la 20′, echimozele se pot constitui, ceea ce nu se întîmplă cu flictenele. Ea a făcut obiectul unor studii științifice (Winslow: „An mortis incertae signa"; Louis: „Cértitude des signes de la morte" etc.) și a numeroase temeri privind riscul înhumării într-o astfel de stare. Unele personalități au propus chiar teste din necesitatea de a se constata moartea reală. Hays, victimă a unei astfel de stări după o comă de 4 luni, propune un aparat electronic ce emite semnale în situația în care cineva ar fi înhumat de viu. În vechime, Vesal a fost condamnat la moarte pe rug pentru a fi făcut autopsia unei femei la care cordul încă mai bătea. Moartea aparentă este întîlnită în electrocutări, intoxicații, hipotermie, diferite inhibiții, în uremie, anemii sau anoxii acute și este apreciată, în unele statistici, ca avînd o frecvență de 1:500. De asemenea, se întîlnește mai frecvent la nou-născuți, intoxicați cu hipnotice, în holeră, comă profundă.

În holeră, dr. Vîrnav o descria ca o pierdere a simțurilor cu leșin pentru ceasuri și zile. A fost descrisă și de D. Cantemir în „Descriptio Moldaviae" cînd spunea să nu se socotească mort un bolnav căzut în nesimțire.

În cazuri medico-legale, realitatea morții aparente se deduce din prezența semnelor vitale de înec la unii „morți" aruncați în apă, a reacțiilor vitale la alții așezați pe calea ferată, dezmembrați sau cărora li s-au făcut unele injecții, deși erau considerați decedați sau au fost depuși la morgă și și-au revenit. Winslow, ce vorbea de mors certa și incerta, adună 378 observații celebre de moarte aparentă. Realitatea acestei stări s-a afirmat prin poziția schimbată a cadavrului la exhumare, dar astăzi, multitudinea mijloacelor instrumentale și biochimice permit cu certitudine diagnosticul de moarte reală. Realitatea morții aparente a dus, de fapt, la adoptarea legislațiilor, după care, o înhumare nu poate avea loc înainte de 24 de ore de la constatarea decesului de către medic.

Viața vegetativă este o stare terminală intermediară caracterizată prin existența comei profunde în prezența funcțiilor cardio-respiratorii (a vieții vegetative). În această stare, asistăm la o disociere între viața de relație și cea vegetativă, în sensul abolirii vieții de relație și persistenței vieții vegetative.

Coma depășită este o altă stare terminală, de această dată creată de reanimatologie și caracterizată prin abolirea vieții de relație cu supraviețuire arti-

ficială, adică cu menținerea vieții vegetative prin protezare instrumentală. Coma depășită Mollaret este echivalentă cu o decapitare și se traduce prin traseu EEG izoelectric, absența respirației spontane, dilatarea pupilelor, lipsa reflexelor, hipotonie musculară, lipsa automatismelor medulare, hipo- sau hipertermie, colaps cardiovascular. În caz de supraviețuire se realizează un sindrom apalic caracterizat prin fenomene de decorticare, comă prelungită și stare vegetativă prin moartea neocortexului și se constată în asfixii, opriri cardiace și reanimări.

Microscopic dispar neuronii și axonii (pauperizarea neuronală), de unde vacuolizarea substanței albe, viața, într-un caz, menținîndu-se 17 ani în această stare.

PROBLEMELE MEDICO-LEGALE ALE STĂRILOR TERMINALE

Stările terminale confruntă medicul legist cu următoarele probleme:

1. Validitatea actelor penale și civile făcute de un subiect în timpul agoniei. Cum s-a văzut, agonia poate fi conștientă sau inconștientă, agitată sau cu deprimarea funcțiilor psihice și, motivat de aceste stări psihopatologice terminale, un subiect poate comite diferite acte penale (agresiuni, mărturii false etc.) sau poate contracta diferite acte civile (donații, testamente, recunoașteri de copii etc.), care pun în discuție validitatea lor juridică. Validitatea unor atare acte se cere din oficiu cînd este vorba de acte penale, sau de către persoanele interesate, cînd este vorba de acte civile. Răspunsul medico-legal la problema validității acestor acte depinde de posibilitatea aprecierii clinice, retrospective, a felului agoniei, fie din evidențele obiective (foi de observație, înscrisuri datate ale subiectului etc.) fie din caracterul și motivația actului încheiat. Medicul legist va putea stabili astfel dacă agonia a fost conștientă și actul încheiat a fost valabil sau, dimpotrivă, dacă agonia a fost inconștientă cu anularea discernămîntului față de conținutul și consecințele actului comis ori încheiat, atunci subiectul va fi iresponsabil și actul nevalabil juridic.

2. Prelevarea organelor pentru transplant. S-a văzut că prelevarea acestor organe, pentru a fi utile vieții, trebuie să se facă într-un timp util, și anume, înainte de intrarea lor în autoliză. Orice prelevare precoce poate încălca dreptul la viață prin transformarea unui muribund într-un mort, după cum orice prelevare tardivă poate fi neutilă, datorită autolizei organului. Recoltarea unor organe pentru transplant, care să fie deci utile vieții, aduce în discuție momentul prelevării lor și, a fortiori, momentul morții. Ca regulă generală, de la persoana în viață nu se pot recolta decît țesuturi. Condițiile de donare de la persoane se referă la vîrsta de 20—50 ani, sănătate psihică, donare voluntară, ce nu va agrava sănătatea, lipsa bolilor transmisibile, preferința monozigoților datorită identității antigenice, iar pentru donarea de rinichi, în plus, integritatea aparatului urinar și a arterelor renale la arteriografie. Organele, mai ales unice, se recoltează numai după moarte, de la cadavre. Momentul morții va fi stabilit de o altă echipă decît cea care va efectua transplantul, pe baza probelor instrumentale care atestă moartea ireversibilă a creierului. Liniștea electroencefalografică, pe o durată de minimum 12 ore, cu excepția intoxicațiilor, stările de hipotermie și la copii, este suficientă, după unele legislații, pentru precizarea morții cerebrale ireversibile, justificarea întreruperii unei reanimări care menține funcțiile vegetative în viață prin cord-pulmon artificial și recurgerea la prelevare. Atonia și areflexia totală, lipsa reacțiilor la orice excitant, midriaza bilaterală, absența reacției

pupilare la lumină, EEG izometric de minimum 12 ore pentru leziunile cerebrale primare și 24 ore pentru cele secundare intoxicațiilor, anoxiei, absența respirației, areflexia, absența intoxicației cu droguri sau hipotermiei corelate cu rezultatul probelor instrumentale (angiografie, ecoencefalografie cu absența pulsațiilor vasculare sau chiar biopsie cerebrală ce atestă liza neuronilor etc.) sînt criterii certe de moarte, după rezoluția de la Standford și Harward care justifică întreruperea reanimării și prelevarea de organe. Menținerea unui traseu EEG plat pe o durată mai mare de timp a fost impusă de constatarea revenirii clinice a multor subiecți cu traseu plat, menținuți artificial în viață pe durată de 1—2 luni (intoxicații cu oxid de carbon, cu barbiturice sau opiu, hipotermie, deshidratări acute etc.).

Sub aspect medico-legal și juridic, pe lîngă problema stabilirii momentului morții și deci a momentului unei prelevări (prelevarea se face după constatarea clinică și instrumentală a abolirii funcțiilor vitale, adică a creierului, plămînului și cordului pe o durată de minimum 5 minute și după eliberarea, în echipă, a certificatului de deces), se pune, de asemenea, problema evaluării riscurilor transplantului la receptor. Actele normative actuale arată că, la receptor, efectuarea unui transplant se poate face dacă se îndeplinesc următoarele condiții:

— transplantul de organ unic să fie justificat de o stare de necesitate (afecțiunea ce justifică transplantul să amenințe iminent viața receptorului);

— transplantul să se impună ca ultimă măsură terapeutică (în prealabil să se fi epuizat toate celelalte mijloace de tratament);

— transplantul să fie justificat terapeutic, să fie util bolnavului și nu să fie justificat exclusiv științific, în scop de cercetare (interesul științific fiind secundar celui terapeutic);

— riscurile care decurg din efectuarea transplantului să fie inferioare riscurilor evoluției naturale a bolii (medicul va accepta riscul minor pentru a îndepărta pe cel major). Cu alte cuvinte, riscul intervenției în scop de transplant să fie inferior riscului abținerii de la intervenție.

Selecționarea receptorului în transplantele de cord, de exemplu, se va face după următoarele criterii: bolnav între 15—50 ani, cu cardiopatie ce nu răspunde la tratament medical sau chirurgical convențional, cu șanse de supraviețuire ce nu depășesc 6—12 luni, fără diabet sau infecții, fără rezistență vasculară pulmonară ridicată, cu compatibilitate de grup sangvin în sistemul ABO, cu cross-match negativ între serul său și limfocitele donatorului.

Transplantele de organe, mai ales unice, ridică apoi numeroase probleme privind acceptarea donării. La persoanele în viață, de la care nu se pot recolta decît țesuturi, actele normative prevăd ca medicul, întotdeauna, să evalueze corect riscurile la donator față de receptor, după principiul că riscurile create la donator trebuie să fie totdeauna inferioare avantajelor create la receptor. În acest sens, un transplant onorific justifică sacrificarea unui rinichi pentru salvarea unui om. În al doilea rînd, în situația prelevării de țesuturi de la persoane, medicul va trebui să obțină un consimțămînt clar, după ce în prealabil a făcut cunoscute riscurile prelevării, în vederea luării de către donator a unei hotărîri în cunoștință de cauză (posologia riscului). De aceea, un consimțămînt simplu, aproximativ, inteligibil și loial dar nu clar nu e valabil deoarece corpul uman este un *noli me tangere*, dreptul asupra corpului fiind general *(erga omnes)*, extrapatrimonial (nu se poate evalua pecuniar) și absolut (obligă a fi respectat de toți). Acest drept se prelungește și după moarte, cadavrul fiind sacru deoarece a adăpostit un om, respectul pentru morți, alături de muncă și grai constituind factori de hominizare.

În ceea ce privește recoltarea de la cadavru, actele normativ-deontologice impun, de asemenea, respectarea cîtorva precepte:

— nu este admis a se obține din viață consimțămîntul pentru prelevarea unor organe după moarte. Un astfel de gest ar știrbi încrederea bolnavilor în posibilitățile terapeutice ale medicinei;

— donarea de organe după moarte ca și de țesuturi în timpul vieții nu se poate face decît onorific, în nici un caz pecuniar. Respectul absolut pentru viață și efortul de a păstra și prezerva viața, chiar în condițiile în care se aduce un rău mai mic sănătății donatorului, nu pot fi evaluate în bani și nici nu pot face obiectul unor tranzacții pecuniare;

— consimțămîntul pentru recoltarea de organe după moarte, de regulă, îl dă familia sau cele mai apropiate rude ale defunctului, în mod liber și fără vreo constrîngere psihică sau materială;

— va fi contraindicată recoltarea de la victime ale crimelor sau sinuciderilor.

După rezoluția de la Standford subiectul va fi decedat pe șosele sau de hemoragie intracraniană, sub 35 ani pentru bărbați și 40 ani pentru femei, avînd în vedere frecvența leziunilor coronariene latente după această vîrstă.

3. Calificarea unor fapte penale posibil a fi efectuate asupra subiecților în astfel de stări terminale aduce în discuție necesitatea stabilirii momentului morții și implicit al morții reale. Este evident că orice agresiune care survine în timp ce subiectul este încă în viață (indiferent prin ce organ vital) urmează a fi calificată drept omor și, dimpotrivă, orice violență exercitată asupra cadavrului, deci după încetarea funcțiilor vitale, urmează a fi calificată drept infracțiune putativă, imaginară. În situații limitrofe, cum ar fi supraviețuirea artificială (coma depășită), violențele ar putea tenta a fi încadrate în infracțiunea de leziuni cauzatoare de moarte.

4. O altă problemă privind medicina legală a stărilor terminale privește *aprecierea responsabilității întreruperii unei reanimări* la un subiect în comă depășită. Posibilitățile tehnice actuale de a menține indefinit viața vegetativă, în condițiile morții creierului, aduc în discuție necesitatea precizării normative a momentului cînd medicul poate abandona o resuscitare. În unele spețe, acest lucru s-a făcut după ce o echipă de specialiști a stabilit diagnosticul de moarte cerebrală și de autoliză a creierului de un număr de zile. În alte spețe, medicul ce a întrerupt o resuscitare a fost dat în judecată pentru privarea subiectului de o posibilă readucere la viață. De aceea, în unele legislații s-a precizat că, dacă după 20—60 ore de supraviețuire artificială în comă depășită (cu excepția copiilor, gravidelor, celor intoxicați și refrigerați ca și atunci cînd este nevoie de recoltare de organe pentru transplant), subiectul nu își revine, întreruperea reanimării este legitimă și neimputabilă. În multe țări, această reglementare a plecat de la cazuri concrete. Astfel, în SUA, Karen Quillan, menținută în viață artificială datorită comei toxice depășite timp de 6 luni, la cererea familiei de întrerupere a reanimării „pentru a muri demn" a relevat continuarea respirației autonome (vegetative). Obstinației terapeutice de protezare a funcțiilor vitale i se corelează reglementarea normativă, la noi, ordinul Ministerului Sănătății prevăzînd că prin moarte biologică se înțelege moartea encefalului cu leziuni ireversibile constînd din comă depășită (după criteriile enunțate), constatare făcută de doi medici și un medic legist, care nu pot face parte din echipa operatorie. Constatările lor se consemnează în procese-verbale tip.

5. Abandonarea unui subiect în imposibilitate aparentă de a fi readus la viață (eutanasie pasivă), sau cedarea la rugămințile unui bolnav incurabil de a i se suprima suferințele și a grăbi moartea (eutanasie activă, mercy

killing), directă sau indirectă (oferirea corpului pentru experimente), aduce în discuție problema atitudinii deontologice și juridice față de eutanasie. Fenomenul atestă trăirea antinomică a celor apropiați între respectul absolut al vieții și sentimentele lor de milă. Pentru unii, mai puțini la număr, bolnavul are dreptul de a muri demn și medicul ori anturajul trebuie să-l ajute în acest sens. Pentru majoritatea autorilor însă, ca și pentru codurile deontologice, legislație și opinia publică, eutanasia este un act antiuman, un „asasinat prin caritate", care poate lăsa impresia că medicul are puterea de a hotărî în probleme atît de grave cum ar fi dreptul la viață și sănătate, deturnînd mesajele perene ale medicinei de a lupta pentru viață împotriva morții, pînă la ultima șansă și suflare.

Pentru Bacon medicul trebuie să procure o moarte calmă și facilă încît și azi unii o admit ca o modalitate umană de ușurare a morții într-o boală terminală și incurabilă și cînd bolnavul exercită dreptul său de a refuza tratamentul. Dar, erorile de prognostic, necunoașterea reală a mobilului subjacent al cererii, care poate fi luată într-o stare de disperare tranzitorie, deschiderea porții abuzului și mai ales realitatea că medicina este și trebuie să fie opera vieții, rejetă acest act de eutanasie. Dreptul la viață este absolut, de aceea orice fel de consimțămînt cu privire la viață este nul și neavenit, iar juridic eutanasia este incriminată și ca atare pedepsită. Orice licență în domeniul justificării eutanasiei dezumanizează efortul medicului și relația sa cu bolnavul, căci este un adevăr incontestabil acela că știința și mai ales medicina este umană numai atunci cînd apără viața și sănătatea omului, iar medicul „nu se poate substitui suicidantului" ci, dimpotrivă, el trebuie să ajute bolnavul să treacă și ultimul pas, să facă orice efort pentru a umaniza etapele trecerii sale spre infinit.

Desigur că, într-o societate de consum în care prevalează concepțiile materiale asupra celor spirituale, se pot tenta și astfel de justificări, dar rațiunea medicului a fost și rămîne aceea de a alina întotdeauna suferința și nu de a facilita moartea. De altfel, multiple spețe judiciare în domeniu au fost sancționate iar unii medici care au căzut pradă unor astfel de solicitări din partea unor bolnavi incurabili au recurs la gesturi autolitice fatale. Astfel, un medic ce a cedat rugăminților unui număr de bolnavi pretins canceroși, la care, ulterior s-a dovedit că leziunile erau benigne, s-a sinucis. Este drept că, uneori, medicul are mari dileme de conștiință în a decide atitudinea terapeutică la o vîrstă înaintată cînd riscul sechelelor poate grefa în mod grav viața subiectului. Dar, și în aceste situații, criteriul de judecată nu poate fi decît acela de a face totul pentru salvarea vieții și nicidecum de a lăsa sau ajuta natura să decidă.

6. Problema morții ridică astăzi, în mod acut, *necesitatea asistenței medico-legale a stărilor terminale.* De studiul asistenței morții, pentru ca aceasta să fie fără sentimente de vinovăție și înfrîngere ci să se impună cu demnitatea umană cuvenită, se ocupă marantologia. Plecînd de la realitatea faptului că nemurirea omului rezidă în conștiința generațiilor viitoare care îi asigură viața perpetuă în amintiri, că „morții sînt vii prin opera lor", medicul trebuie să manifeste tot interesul pentru a face moartea subiectului cît mai demnă și mai umană pentru urmași. Socrate spunea că moartea trebuie primită cu filozofie și cu cumințenie ca și viața, că moartea trebuie pregătită, efortul omului trebuind să fie acela de a integra moartea în viață prin opera efectuată. Cei vechi vorbeau de *ars bene moriendi*, înțelegînd prin aceasta faptul că ultimul moment al vieții trebuie să unească respectul vieții cu demnitatea morții. Orice tanatofobie se înlătură eficace prin satisfacția muncii creatoare, motiv pentru care orice înclinație tanatofilică (exemplu, de suicid) devine

patologică. Într-o viziune pedagogică actuală, esențială în atitudinea față de moarte nu trebuie să fie frica de ea ci, dimpotrivă, conștiința vieții prin moarte. Orice educație legată de aceste stări trebuie să dezvolte conștiința inevitabilității sale, care să ducă la respectul absolut pentru viață. Această conștiință trebuie să fie un fel de feed-back pentru interrelații umane mai bogate. Sofrologia este altă disciplină care se ocupă tocmai de posibilitatea învingerii sentimentului de frică față de moarte, care este, în primul rînd, o problemă afectivă și apoi intelectivă.

Desigur că medicul se întîlnește cu diversitatea modului de a muri, așa cum este cunoscută diversitatea modului de a trăi. Chiar dacă psihologia morții este dominată de egocentrism și apărare inconștientă, de depresie cu sau fără sentimente de culpă, de neliniște, anxietate sau agresivitate (moartea percepută ca injustiție), medicul are sarcina de a converti atare prize de conștiință a morții într-o atitudine reflectată și conștient acceptată, plecînd de la adevărul că moartea trebuie acceptată doar la vîrste înaintate. Foarte mulți oameni de seamă, făcînd previziuni exacte asupra morții, și-au mobilizat toate forțele într-un sens creator final (A. France, B. Shaw, Tolstoi etc.).

În esență, față de moarte, medicul trebuie să aibă atitudini distincte: să combată orice moarte nemotivată, să lupte cu moartea pînă în ultima clipă a vieții și apoi să ajute pe subiect „la închiderea senină a cărții vieții sale", pentru a muri demn și uman. Chiar și față de acei neomorți menținuți în agonie zile întregi, indiferent de rațiunea acestei mențineri, medicul trebuie să manifeste aceeași atitudine. Bazele psihologice și etice ale acestei conduite medicale rezidă în faptul că totdeauna teama de moarte, ca cel mai frecvent sentiment în aceste stări terminale, aduce dorința acută de comunicare și de contacte interumane, ca semn al nevoii de ajutor interuman. Sub acest aspect, pentru subiect, trăirea acestor situații limită devine relevantă psihologic, moral și existențial, iar medicul trebuie să valorizeze atare trăiri în sensul de a da mai mare semnificație vieții, de a crește calitatea vieții prin a face cît mai multe acte de incomparabilă demnitate și unicitate. *Per a contrario*, calitatea vieții va trebui să determine și calitatea morții, cînd, prin moarte, omul va trebui să exprime, de fapt, ceea ce viața are mai fundamental.

Malraux spunea că atitudinea și conștiința față de moarte trebuie să fie în măsură a ne transforma viața în destin, încît medicul, în aceste situații, nu numai că trebuie să devină un factor de cataliză psihică, dar trebuie să promoveze, în general, și o atitudine culturală, creatoare, față de moarte.

Într-o accepțiune filozofică, moartea a fost privită ca o componentă a armoniei universale (Tagore), ca un factor final al vieții (Rilke) sau ca sfîrșit al unei suferințe (Epicur). Aceste concepții s-au structurat în viziuni negative asupra morții (moartea privită ca neant, ca injustiție, ca necesitate stoică sau chiar ca voluptate ce sfîrșește o nimicnicie). Euristice sînt însă viziunile pozitive asupra morții (moartea concepută ca un fenomen complementar al vieții) de tip tagorian (întoarcere la armonia universală), de tip rilkean (rezultat final al unei experiențe trăite cu aptitudinea de a îmbogăți universul), sau de tip mioritic (transferul existenței în legendă așa cum era concepția geto-dacilor).

Pe de altă parte, medicul trebuie să țină cont de faptul că moartea este cea mai supremă concentrare *meditativă* asupra valorii ontice a vieții, un moment intim, singular și propriu, care suscită toată înțelegerea sa (marantologia exprimă tocmai înțelegerea suferinței și morții). În acest context, medicul trebuie să sporească calitatea vieții prin lupta pentru viață, iar dacă acest lucru nu este posibil, să dea morții demnitatea necesară, respectul vieții mergînd la asistența morții. Malraux spunea că omul se îndepărtează de zei,

dar nu se poate îndepărta de morți *(media vita in morte sumus*, adică, în mijlocul vieții sîntem înconjurați de moarte). De aceea, medicul trebuie să faciliteze la maximum „colocviul singular" cu bolnavul în aceste situații, colocviu care implică disponibilitate, compasiune și asistență. El trebuie să știe că, cu cît neliniștea subiectului este mai mare, cu atît nevoia de medic este mai mare. El trebuie să nu rămînă indiferent în fața morții nimănui și, ca interlocutor privilegiat, trebuie să ajute și să pregătească bolnavul pentru a muri în pace și cît mai demn.

Prin atitudinea culturală a medicului față de moarte, trebuie să se promoveze și să se cultive atitudinea omului de a fi stăpîn pe destinul său, valorizarea morții prin viață, deoarece neglijarea acestor aspecte, într-o educație sanitară, poate duce la raționalizări și asimetrii în relația medic-bolnav, la pierderea contactelor umane, la o adevărată moarte socială a subiectului prin solitudine și izolare.

SINDROAME TANATOLOGICE

Cunoașterea cauzelor (tanatogeneza, tanatoetiologia), precum și a mecanismelor de instalare a morții (tanatopatogenia), constituie o problemă de maximă importanță în morfopatologia medico-legală. Precizînd exact cauzele morții, se dau justiției concluzii de certitudine în ceea ce privește forma medico-legală a morții (crimă, sinucidere, accident). Din investigația medico-legală a cauzelor morții rezultă concluzia despre felul morții (patologică sau violentă), cu mare finalitate judiciară.

Fiecare organ vital, prin alterarea funcției sale în stările terminale, sau fiecare stare morbidă imprimă morții particularități caracteristice de instalare. Aceste particularități se pot grupa în sindroame tanatologice predominante, dar care, evident, presupun, în mod subsidiar și conex, participarea celorlalte structuri și organe la instalarea morții. Grupate sub această denumire de către Metchnicof, ele ajută eficace la despuierea cauzelor morții.

Stările terminale ce preced instalarea morții se caracterizează, în principal, prin insuficiența terminală a sistemului nervos central care realizează sindromul *comatos* (al suprimării vieții de relație). Coma poate avea origine cerebrală (vasculară, traumatică, tumorală sau inflamatorie) și extracerebrală (hepatică, renală, toxică etc.). Instalarea morții prin comă se face printr-o succesiune de tipuri de come cunoscute sub numele de comă vigilă (stare subcomatoasă, de obnubilare), comă reală, comă de gradul III (cu deprimarea reflexelor respiratorii și cardiocirculatorii), comă de gradul IV (cu rigiditatea decerebrată), comă carus (cu alterarea funcțiilor vegetative) și comă depășită (care necesită protezarea artificială a funcțiilor vegetative). Pentru unii autori, coma depășită este o moarte aparentă de origine centrală (tabelul I).

Un alt sindrom de insuficiență a sistemului nervos central ce poate duce la moarte este șocul, răspuns depășit al organismului la diferiți agenți stresanți. Șocul are o patogenie nervos-centrală („hemoragie a sensibilității") și se consumă în faze de alarmă, rezistență și epuizare. Diferiți factori etiologici duc la perfuzia insuficientă a organelor vitale cu producerea unui metabolism anaerob ce duce la acidoză și exces de acid lactic. Șocul se poate produce prin excitarea exteroceptorilor (șoc traumatic, combustional), a interoceptorilor (șoc anafilactic, transfuzional) sau mixt (sindromul de strivire, suflul de explozie etc.).

Gradele comei: aspectul clinic, nivelul leziunii și prognosticul (Arseni)

Gradul comei	Starea de cunoștință	Funcțiile vegetative	Reflexele automate	Reflexele de apărare	Deglutiția	Testul caloric în tulburările oculovestibulare	Reflexul de tuse	Nivelul leziunii	Prognosticul
I	Abolită	± Normale	Normale	Normale	Normală	Nistagmus cu fază tonică spre urechea irigată	+	Partea superioară a trunchiului cerebral	Șanse de revenire
II	Abolită	± Modificate	Normale	Abolite	Timpul I (labial) abolit	Deviație lentă și persistentă a ochilor spre partea irigată	+	Partea mijlocie a punții	± Șanse de recuperare
III	Abolită	Tulburate	Abolite	Abolite	Timpul II al deglutiției întîrziat	Deviația conjugată a globilor oculari spre partea irigată este absentă	+	Partea inferioară a punții	Stare critică
IV	Abolită	Sever tulburate	Abolite	Abolite	Abolită	Abolirea reflexelor oculovestibulare	+—	Partea superioară a bulbului	Stare gravă
V	Moartea creierului; respirația și circulația sînt susținute artificial prin metode de reanimare							Partea inferioară a bulbului	Nici o șansă de supraviețuire

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sindromul de insuficiență cardiovasculară recunoaște o insuficiență cardiacă primitivă cu debit crescut (cordul hiperkinetic) ori cu debit scăzut (din hemopericard, sincopă, tromboze arteriale, rupturi vulvare etc.), sau o insuficiență circulatorie primitivă (colapsul de origine hipovolemică din anemiile acute sau de origine nervoasă din vasoplegiile toxice). Etiologic, colapsul poate fi de origine centrală (cardiacă), prin tulburări ale ejecției ventriculare (embolii) sau ale umplerii ventriculare (hemopericard). În arsuri, pancreatite etc. colapsul are origine mixtă.

Sincopa este o altă cauză tanatogeneratoare și exprimă o anoxie cerebrală acută cu pierderea cunoștinței și abolirea funcțiilor vegetative prin încetarea activității cardio-respiratorii. Este denumită și moarte mică, fapt ce suscită o intervenție promptă. În realitate, sincopa este o stare de moarte aparentă și se instalează cînd debitul central scade sub 40% (ischemia creierului prin dirijarea sîngelui spre viscere). Ea are o etiologie reflexă, anoxică, hemoragică etc. și apare în variate circumstanțe medico-legale: afecțiuni cardiace, traumatisme toracice, diskinezii abdominale, hipotensiune, leziuni cerebrale, insolații, traumatisme ale sinusului carotidian, puncții variate, intoxicații, accelerații la viteze superioare, traumatisme pe zone reflexogene, șoc emotiv etc.

În alte circumstanțe, instalarea morții este dominată de o *insuficiență respiratorie* care se produce prin tulburări de excitabilitate centrală (traumatisme cranio-cerebrale), prin tulburări ventilatorii (hipertensiuni pulmonare), blocuri alveolo-capilare (pneumonoze), tulburări în difuziunea gazelor (edem pulmonar) sau în transportul gazelor (anemii). Pe de altă parte, insuficiențele respiratorii pot fi restrictive (exemplu în limitări ale parenchimului pulmonar) sau obstructive (reducerea calibrului căilor aeriene).

Un alt sindrom tanatogenetic este cel predominant *metabolic* (moarte biochimică după Simonin), care poate fi local (distrofii hepatice, renale) sau general (diabet, deshidratare, inaniție etc.).

Sindroamele tanatogenetice *complexe* includ zdrobirea organismului, comprimarea sa, căderile de la înălțime etc.

MORFOLOGIA MEDICO-LEGALĂ A SEMNELOR CADAVERICE

Încetarea funcțiilor vitale este urmată de apariția unor fenomene cadaverice a căror cunoaștere are o mare importanță medico-legală în vederea stabilirii realității cît și a datei morții.

Semnele cadaverice se clasifică în precoce, semitardive, tardive și conservatoare.

Semnele precoce sînt semne negative de viață și constau în cercetarea clinică sau instrumentală a lipsei funcțiilor organelor vitale (areflexia, EEG, lipsa zgomotelor cordului, ECG, lipsa respirației etc.). O serie de metode instrumentale speciale au aptitudinea de a preciza mai exact lipsa acestor funcții (arteriotomia unui vas, ligatura degetului, proba oglinzii la nivelul gurii, proba vasului cu apă pe torace, proba Icard de injectare a fluoresceinei și urmărirea ei pe conjunctive, proba cu eter injectat în tegumente etc.).

Semnele semitardive cadaverice sînt, de această dată, semne pozitive de moarte și ele se referă la:

— Răcirea cadavrului se face în mod progresiv în raport cu cauza de deces și temperatura mediului ambiant. În general se pierde cam 0,7°—1°C cînd temperatura ambiantă este 1/2 din temperatura corpului și înregistrarea

unei astfel de curbe de deperdiție calorică ne permite a aprecia, cu aproximație, data morții. Pierderea căldurii este influențată mult de cauza de deces (moartea cu hipertermie întîrzie răcirea cadavrului), de temperatura mediului ambiant (peste 23° sau sub 50°), de vîrsta cadavrului, constituția sa, dacă a stat în pat după moarte etc., astfel că o înregistrare grafică trebuie să țină cont de toți acești factori de eroare. În final, se stabilește un echilibru termic între temperatura cadavrului și temperatura mediului ambiant.

— Deshidratarea cadaverică exprimă pierderea de apă după moarte și poate să fie generală cînd duce la mumifiere, sau locală cînd realizează placa pergamentată. Mumifierea este un fenomen cadaveric conservator, care se produce la cadavrele bine ventilate de curenții de aer sau înhumate în soluri nisipoase, uscate, care, pe lîngă scăderea în greutate cu 30—50% a cadavrului în cîteva zile, schimbă și aspectul general al acestuia. La 18° și 50% umiditate se pierd 10 g apă/kg/zi. Placa pergamentată este o deshidratare localizată la nivelul țesuturilor fine, cum ar fi în jurul buzelor, pe scrot etc., apărînd fie datorită structurii acestor țesuturi și factorilor de mediu, fie comprimării lor în timpul vieții sau după moarte (fig. 2). De aceea, pentru neavizați, placa pergamentată se confundă uneori cu excoriațiile (din sufocare, lovirea scrotului etc.), litigiu care trebuie tranșat printr-o cercetare macro- și microscopică elementară.

Fig. 2. Pergamentare.

— *Rigiditatea cadaverică* este o contractură musculară cadaverică soldată cu înțepenirea articulațiilor, contractură ce se datorește unui proces biochimic de descompunere a ATP-ului, urmat de creșterea viscozității actomiozinei. În mod clasic, ea se instalează conform legii Nysten (prinde articulațiile în sens cranio-caudal și dispare în același mod), dar se constată multe variații de la această lege. Rigiditatea este predominantă la flexorii membrelor superioare și la extensorii membrelor inferioare.

Cunoașterea instalării rigidității cadaverice are o triplă importanță medico-legală:

— Stabilește realitatea și circumstanțele morții. Astfel, rigiditatea este un semn cert de moarte reală, iar sub formă de spasm cadaveric (ultim semn de viață) sau de rigiditate cataleptică (rigiditatea prin decerebrare din traumatismele trunchiului cerebral) relevă condițiile și actele făcute de victimă în momentul instalării morții (spasmul cadaveric din împușcare, electrocuție, fulgerație, decapitare sau rigiditatea cataleptică din lezările trunchiului cerebral etc.) (fig. 3, 4).

— Precizează data morții, în limite mai largi, fiind cunoscut că rigiditatea începe a se instala cranio-caudal între 2—6 ore, este maximă în jurul a 12 ore, se menține la tot corpul 2—3 zile și începe să dispară progresiv în aceeași ordine odată cu putrefacția. În primele 12 ore, rigiditatea ruptă prin imprimare de mobilitate încheieturilor se reface.

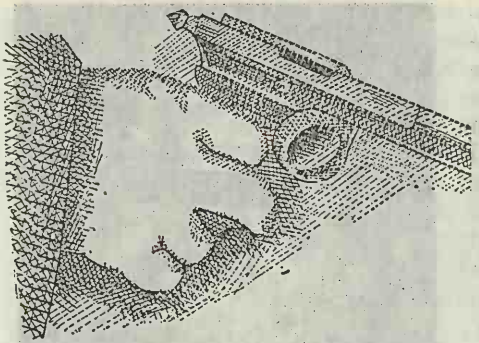


Fig. 3. Spasm cadaveric.

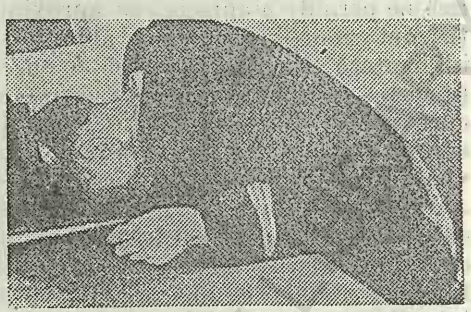


Fig. 4. Rigiditate cataleptică.

— Rigiditatea ajută deseori la orientarea către cauza morții. Astfel, ea este precoce și intensă în intoxicațiile cu stricnină, dificultăți de circulație (de ex. trombangeita obliterantă), deficit de vit. B_1, leziuni corticale centrale, leziuni medulare, electrocuții, hiperkaliemie, deficit de Ca, este aproape contemporană cu decesul în intoxicațiile cu ortocrezoli, leziunile trunchiului cerebral, și este slabă și tardivă la copii, la cadavrele emaciate, la cei decedați cu septicemie, în alte tipuri de intoxicații etc. La cei tratați intens cu atropină, curara, rigiditatea poate fi absentă.

Rigiditatea cuprinde și organele interne sub forma rigidității miocardului și falsei stenoze mitrale (cordul se oprește de regulă în diastolă iar ventriculul stîng intră în rigiditate la o oră, rigiditate ce este maximă la 5 ore), a intestinului, cu realizarea unor false invaginații, a veziculelor seminale cu eliminarea de lichid seminal etc.

— *Lividitățile* sau petele cadaverice sînt consecința unui fenomen mecanic postvital de scurgere a lichidelor (sîngelui) în părțile declive ale corpului, conform legilor fizice ale gravitației, la care se adaugă pierderea tonusului vaselor cu dilatarea lor după moarte. Scurgerea sîngelui în aceste părți dă tegumentelor o culoare violacee, motiv pentru care lividitățile mai sînt denumite și pete cadaverice (planșa I, fig.1)

Cunoașterea medico-legală a morfologiei lividităților este necesară, deoarece ne permite să rezolvăm probleme de tipul:

— data morții. Lividitățile se instalează progresiv și cuprind părțile declive în jurul a 5—10 ore cînd, datorită hemoconcentrației, rămîn definitive. Pînă la 15—20 ore, ele se schimbă ca sediu în raport de poziția cadavrului iar după acest interval, de regulă, rămîn imuabile. Faptul se datorește difuziunii hemoglobinei din vase datorită hemolizei. În morți subite, morți consecutive traumatismelor, intoxicații, asfixii unde frecvent sîngele rămîne fluid, ele își pot schimba sediul în raport de poziția cadavrului și după 60—80 ore;

— definesc poziția cadavrului după moarte astfel că, la un cadavru spînzurat, lividitățile se vor afla în jumătatea inferioară a corpului, iar dacă poziția cadavrului după moarte a fost de decubit ventral, se vor afla pe părțile anterioare ale corpului. În caz de disimulări ale unor morți violente, sediul și poziția lividităților este un semn indicativ despre felul real al morții (poziția reală a cadavrului după moarte);

— orientează asupra cauzei morții, deoarece, atunci cînd au o colorație roz-aprinsă, atestă o intoxicație cu oxid de cărbune sau, dimpotrivă, cînd au o colorație închisă, atestă o asfixie sau acțiunea unui toxic methemoglobinizant. Lividitățile vor fi intense în asfixii și sărace sau chiar absente în anemii.

În stadiul inițial, atunci cînd lividitățile sînt neconfluente sau sînt localizate în unele zone supuse unor violențe specifice (git, față etc.), ele pun probleme de diagnostic diferențial cu echimozele vitale, fapt ce se rezolvă cu ușurință printr-un examen macroscopic sau la nevoie chiar microscopic. Lividitățile cuprind și organele interne pe care le pătează și, în final, prin difuziunea hemoglobinei le colorează, pretînd la confuzii cu leziunile vitale (imbibiția roșiatică a stomacului, a endocardului, pancreasului etc.).

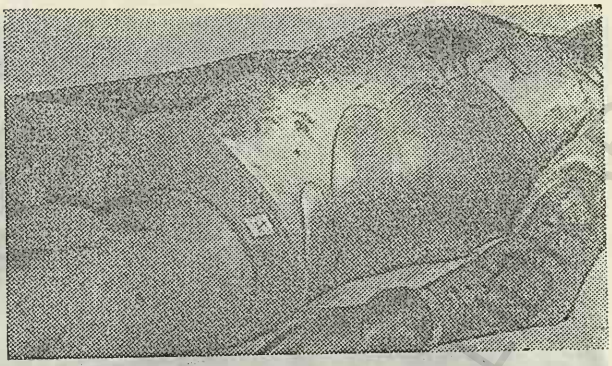


Fig. 5. Putrefacție cadaverică.

Fenomenele cadaverice tardive includ autoliza și putrefacția. Autoliza este un fenomen precoce al instalării morții, se poate întîlni și în timpul vieții ca fenomen izolat al unor organe (exemplu autoliza pancreatică prin fermenți) și precede, de fapt, putrefacția ca fenomen microbian. Față de necroză care este o autoliză tisulară localizată, cu picnoză, carioliză, cariorexis și omogenizarea celulei, produsă în timpul vieții, autoliza cadaverică este un fenomen biochimic difuz, care începe cu distrugerea lizozomilor și cuprinde cu precădere anumite organe. Studiul autolizei hematiilor prin microscopia în baleiaj a arătat de exemplu că la 4 ore hematia își schimbă forma, la 10 ore face spiculocite, la 24 ore suprafața sa devine lisă, la 4 zile rămîn doar insule de resturi celulare. Autoliza sîngelui se numește îndeobște hemoliză. Autoliza pune dificile probleme de diagnostic diferențial macroscopic, dar mai ales microscopic, cu distrofiile vitale. Fenomenul se întîlnește cu precădere și precoce la organele parenchimatoase, așa cum ar fi medulara suprarenalei, pancreasul, rinichii, mucoasa digestivă, creierul.

Putrefacția este un fenomen bacterian care are ca punct de plecare germenii anaerobi din intestin, dovadă exprimarea sa inițială sub forma petei verzi de putrefacție abdominală. Putrefacția prin germeni intestinali (perfringens, clostridium etc.) evoluează la început într-o fază gazoasă, cînd datorită producerii de gaze (fig. 5) și împingerii sîngelui venos la periferie este posibilă realizarea acelei circulații postume (fig. 6) ce răspîndește germenii

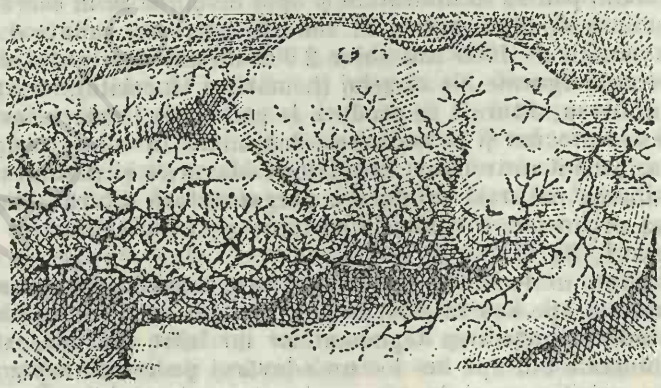


Fig. 6. Circulație postumă (Hofmann-Haberda).

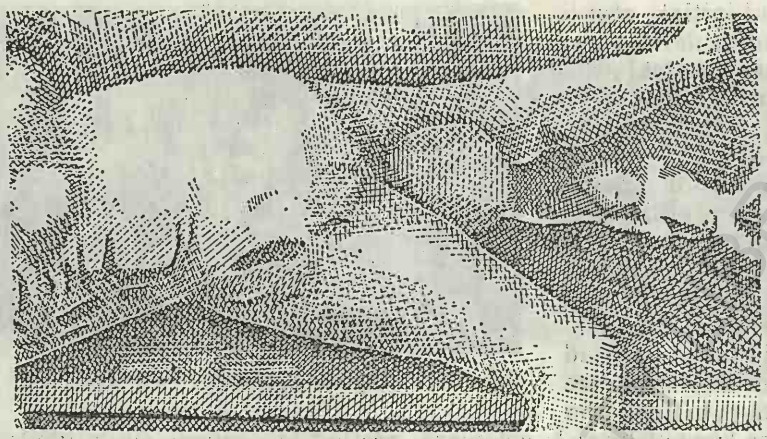


Fig. 7. Naștere „în sicriu".

intestinali în tot cadavrul. Datorită putrefacției gazoase se pot produce și așa-numitele nașteri în sicriu, cu expulzia fătului mort și eversiunea uterului (fig. 7). Într-o a doua fază, putrefacția devine lichidiană și topește în mod progresiv organele, în raport de rezistența lor. Astfel, vor fi foarte puțin rezistente la putrefacție țesuturile parenchimatoase și epiteliale și vor fi foarte rezistente structurile conjunctive, tendinoase și osoase. În această fază se pot produce flictenele de putrefacție care nu au reacția Rivalta pozitivă. Bacteriile proteolitice (proteus, coli) produc NH_3, CO_2, H_2S etc. după care cadavrul e invadat din exterior de micelii și apoi de insecte. Putrefacția modifică mult diferitele tipuri de leziuni vitale. Putrefacția se poate inhiba prin diferite procedee naturale sau artificiale, după cum se poate întîrzia atunci cînd, înaintea morții, subiectul a fost tratat cu antibiotice. Diferitele tipuri de îmbălsămări au menirea de a inhiba procesele putrefactive.

MODIFICĂRI CADAVERICE CONSERVATOARE

Mumifierea este o modalitate de conservare a cadavrelor care se face atît natural cît și artificial. Mumifierea artificială se cunoaște din vechime, cînd se realiza prin diferite metode de îmbălsămare (plasarea cadavrului în carbonat de sodiu pentru deshidratare și apoi învelirea sa în ceară). Metodele aveau aptitudinea de a conserva, în condiții perfecte, cadavrul și organele sale, încît la mumii de 1000 sau chiar 2 000 de ani s-au putut evidenția ca intacte elementele figurate ale sîngelui (hematii și leucocite), striațiile musculare etc. Mumifierea naturală se produce la cadavrele lăsate la aer și supuse curenților de aer precum și la cadavrele înhumate în soluri nisipoase, care odată cu apa, permit antrenarea lichidelor cadaverice și deshidratarea cadavrului. Mumifierea naturală produce o pergamentare difuză a tegumentelor cu micșorarea organelor, o colorație castanie și o duritate a lor la exterior (fig. 8; planșa I, fig. 2).

Adipoceara este un fenomen conservator care se întîlnește mai ales la cadavrele staționate în ape sau în solurile umede, cum ar fi solurile argiloase, și la care se produce macerarea tegumentelor iar între grăsimea subcutanată și sărurile minerale din apă are loc un adevărat proces de saponificare prin transformarea acizilor grași în săpunuri calcare insolubile. Deseori, la un

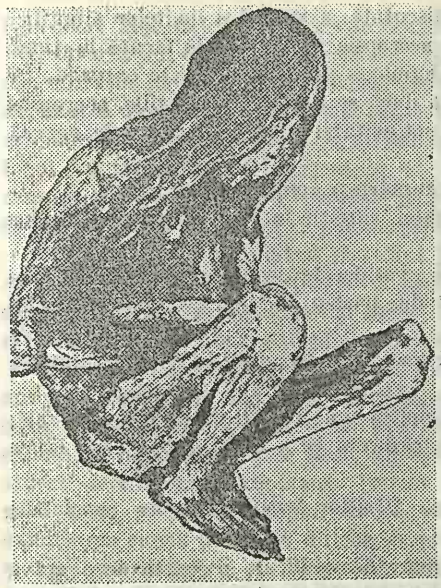


Fig. 8. Mumifiere naturală (Bolivia).

Fig. 9. Lignifiere (Tolund).

cadavru se întîlnesc ambele fenomene, așa cum a fost situația unui cadavru găsit cu jumătatea inferioară a corpului în apă și saponificată, iar cu jumătatea superioară expusă la aer și mumifiată.

Alte modalități de conservare a cadavrelor se înîlnesc la cei care mor în terenuri cu turbă (lignifiere) (fig. 9), în ape reci sau ghețuri (congelare), mai rar de conservare prin calcifiere etc. Un număr de 14 eschimoși decedați din secolul XIII la pol au fost găsiți perfect conservați prin congelare ca și cadavrul exploratorului Fr. Hull, după 100 ani permițînd constatarea intoxicației cu As.

Expertiza medico-legală nu este limitată de aceste stări conservatoare ci caută, în mod științific, să stabilească cauza și mecanismele morții, indiferent de gradul de descompunere al cadavrului. Este clar însă că evidențele științifice morfologice medico-legale dispar, pe măsură ce țesuturile intră în putrefacție. De aceea, una din legile de aur în metodologia de lucru a practicii medico-legale este efectuarea precoce a autopsiei, înainte ca țesuturile cadaverice să sufere modificări de autoliză și putrefacție. Numai în cazuri fortuite, expertiza medico-legală morfologică trebuie să se facă pe stadii diferite de putrefacție. În acest caz, tendința de a face niște țesuturi putrefiate să răspundă la toate întrebările noastre științifice devine aleatorie, încît specialistul trebuie să țină cont de regula metodologică de lucru în domeniu, și anume, de a culege evidențele morfopatologice cît mai precoce. Altfel, pe măsură ce timpul trece, aceste evidențe se estompează și dispar. Necropsia, ca mijloc de culegere a unor date științifice cu valoare de probă, este un act care nu se poate executa corect decît o singură dată și la început. Cu trecerea timpului, confuzia între leziunile vitale și cadaverice ca și dispariția modificărilor de violență constituie servituți principale ale acestui gen de expertize medico-legale.

Faptul aduce în discuţie şi problema mult discutată a valorii şi limitelor ştiinţifice ale exhumării. Este incontestabil adevărul că o necropsie medico-legală făcută la timp, corect şi ştiinţific, constituie şi face inutilă exhumarea aproape în toate cazurile. De aceea exhumarea ar trebui să devină inexistentă dacă se respectă indicaţiile necropsiei medico-legale; şi totuşi, exhumarea constituie un act evitabil în stadiul actual de dezvoltare a ştiinţei?

În toate timpurile ca şi astăzi, raţiunea exhumării a constat din:

— autopsii incomplete, incompetent efectuate, situaţie în care exhumarea devine un indice de rebut medico-legal;

— suspiciuni ulterioare de crimă la persoane considerate decedate patologic şi care constituie un indice de activitate deficitară atit din partea anchetei cît şi a medicului ce constată decesul;

— reclamaţii tardive privind cauza decesului unei persoane, fapt ce face exhumarea indicată şi inevitabilă;

— noi versiuni şi ipoteze de anchetă care implică noi corelări cu datele medicale;

— înhumarea fără autorizaţie legală a unui cadavru ce a fost victima unei crime (disimularea crimei);

— exhumarea poate fi efectuată la cererea părţilor nemulţumite de concluziile primei necropsii;

— falsificarea cauzei morţii obligă la o exhumare de verificare şi constituie o gravă abatere de la probitatea profesională, fapt care, în caz de suspiciune, face exhumarea inevitabilă;

— decese colective, în serie şi suspecte, mai ales după o autopsie care relevă cauza violentă a unuia din aceste decese;

— sinucideri înhumate sub acest diagnostic la cererea familiei, dar care, ulterior ridică suspiciuni de crimă;

— reclamaţii tardive privind asistenţa medicală acordată unei persoane ce a decedat;

— reclamaţii pentru succesiuni disputate şi verificarea faptului dacă, de exemplu, o pretinsă mamă a născut, un pretins tată era infertil etc.

Exhumarea constituie un act a cărui procedură legală trebuie riguros respectată faţă de o necropsie obişnuită. De aceea, ea nu se poate face fără autorizarea şi prezenţa organelor judiciare. Metodologia exhumării devine, de asemenea, necesar a fi riguros respectată: condiţii de luminozitate, tehnică adecvată, aport de apă, competenţă, recoltări adecvate etc., se impun cu mare actualitate şi acurateţe. În acest context, putrefacţia, îmbălsămarea sau secţiunile tehnice anterioare, care modifică frecvent leziunile, cer din partea medicului o mare experienţă în sesizarea şi diagnosticul lor. Tot aşa şi identificarea cadavrelor necunoscute. În cazuri speciale nu se va uita aportul unor explorări complementare chiar la locul exhumării (examenul cu raze X) sau în laborator. Astfel, într-o explorare necropsică de exhumare se vor recunoaşte cu uşurinţă fracturile, calusurile, corpii străini, calculozele, neoplaziile, cirozele, hipertrofiile sau atrofiile prin scleroză ori ateroscleroză, depunerile calcare sau chiar blocurile pneumonice etc., dar se vor recunoaşte cu mare dificultate, chiar şi la cei îmbălsămaţi, leziunile asfixice, emboliile de toate felurile, pneumotoraxul, leziunile distrofice sau chiar inflamatorii etc. Se va avea în vedere faptul că îmbălsămarea, ca şi simpla înhumare, produce artefacte ce necesită, de asemenea, o anumită experienţă în distingerea leziunilor vitale de artefactele medico-legale.

Explorările complementare devin deseori o necesitate absolută a exhumării. În acest sens, examenele histologice cer o competenţă particulară pentru distingerea leziunilor vitale de cele postvitale, a proceselor autolitice de cele distrofice etc., după cum explorările toxicologice (îmbălsămarea sau produsele de putrefacţie, ptomainele, ce pot interfera cu toxicele) implică activitatea unui toxicolog familiarizat cu atare explorări. Astfel, la o exhumare vor fi dificil de evidenţiat toxicele volatile, anestezicele, cianurile

sau chiar alcoolii, după cum vor fi uşor de detectat unii alcaloizi (ex. stricnina), metalele, sărurile lor, CO, barbituricele etc., la care timpul nu influenţează prezenţa şi chiar concentraţia lor. Sînt de asemenea cunoscute problemele dificile puse toxicologului de detectarea unor toxice, chiar remanente, dacă nu ar fi să amintim decît istoria detectării arsenului în medicina legală. De aceea, ori de cîte ori rezultatele nu vor fi certe, toxicologul va trebui să le interpreteze cu cauţiune pentru a nu duce în eroare. În acest sens, se va avea în vedere faptul că îmbălsămarea ca şi putrefacţia poate dilua toxicul, îl poate difuza sau toxicul poate apărea în cadavru şi din alte surse.

Handicapurile exhumării sînt deci putrefacţia ce alterează leziunile, îmbălsămarea ce modifică ţesuturile, secţiunile şi procedurile tehnice ale autopsiei anterioare ce pot distruge rapoartele organelor şi chiar organele. Cu toate acestea, exhumarea este în măsură să aducă date ştiinţifice esenţiale clarificării judiciare a cazurilor.

În concluzie, exhumarea constituie un act necropsic mai complicat decît prima autopsie, chiar şi la cadavrele îmbălsămate. Ea implică o familiarizare profesională şi o competenţă particulară cu acest gen de necropsii. Valoarea şi limitele explorării prin exhumare nu o poate face decît un specialist cu multă competenţă în domeniu. Sub aspect deontologic, exhumarea trebuie executată totdeauna de un cadru superior în grad şi în prezenţa primului medic. Aceste două condiţii devin obligatorii, deoarece exhumarea ridică probleme dificile de identificare, de interpretare a rezultatelor macro- şi apoi microscopice, de diagnostic diferenţial al leziunilor vitale faţă de modificările postvitale, de corelare a rezultatelor sale cu datele primei autopsii. În orice condiţii însă, cantitatea de informaţii obţinută prin exhumare poate fi decisivă şi deci salutară în soluţionarea unei speţe judiciare şi clarificarea sa, în raport cu alte tipuri de probe. Profilaxia exhumării o constituie însă o primă autopsie completă, meticuloasă şi competentă şi în care anchetatorul furnizează spre verificare toate versiunile judiciare.

Autopsia este atît de obiectiv necesară, spunea cineva, aşa cum funcţia şi morfologia reprezintă două laturi ale aceluiaşi proces. Cînd în medicina legală se spune despre cadavre că vorbesc, ne referim tocmai la aptitudinea expertului de a culege corect şi la timp toate evidenţele medico-legale, în măsură să dezlege o cauză judiciară.

Ultimul serviciu făcut lumii vii de către corpul uman sînt informaţiile pe care cadavrul le poate oferi despre el. Autopsia ne învaţă însă să ne şi îndoim, dacă admitem că doar 30—40% din diagnosticile noastre se confirmă întru totul necropsic (Knight). Cu toate servituţile, autopsia este un incontestabil factor de progres, care, în descoperirea corpului uman a adus servicii omenirii nu mai mici decît descoperirea cosmosului. Cu 400 ani înaintea erei noastre, Diocles disecă în Grecia primul fetus uman. Socrate, Platon nu acuză furia zeilor pentru profanarea cadavrelor prin disecţie. În Alexandria, Herofilus şi Erasistratos sînt acuzaţi de vivisecţia criminalilor. Timp de 1000 ani, apoi disecţia s-a oprit. Galen scrie cartea sa „Oase pentru începători" pe baza observării a două schelete de înecaţi. Frederick al II-lea permite o disecţie la 5 ani. La 1156, la Bologna încep disecţiile pentru facultatea juridică la început, ori de cîte ori moartea avea semnificaţie juridică. Aici se fac primele autopsii medico-legale la care „s-a exclus intoxicaţia prin dovada simţurilor noastre". O disecţie dura 4 zile şi nopţi şi se făcea pe spînzuraţi şi condamnaţi. Nevoile de studiu determinau la procurarea clandestină a cadavrelor cu acuzarea studenţilor de profanare de morminte. Marii artişti ai Renaşterii au făcut disecţii, Leonardo da Vinci efectuînd peste 900 desene de anatomie. Pe baza disecţiei cadavrelor furate, Vesal scrie lucrarea sa „De Fabrica", la 1543, unde corectează peste 200 din erorile lui Galen. Disecţiile au devenit apoi publice şi chiar cu intrare. Disecţia crea şi riscuri pentru cel ce o efectua. Toţi aceşti

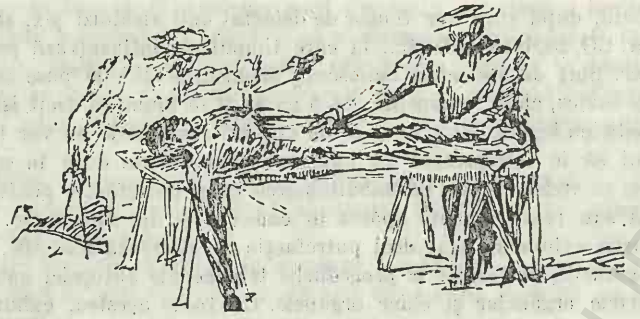


Fig. 10. Michelangelo: autopsie.

Fig. 11. Daumier: autopsia.

înaintaşi au pregătit necropsia actuală ca act util vieţii, garant al onestităţi profesionale, apărătoare a dreptului absolut la viaţă (fig. 10, 11, 12, 13).

Deşi nu este sarcina unui curs de a prezenta tehnica necropsiei şi semiologiei necroscopice, totuşi, la condiţiile clasice de lucru, sînt de reţinut cîteva manevre şi avertismente: la copil, dilacerarea venelor subdurale hiperemiate, în timpul necropsiei, poate produce false hemoragii (postmortale), fapt ce obligă la aplicarea tehnicii Morison de deschidere a cutiei craniene după deschiderea toracelui, pentru drenarea sîngelui prin venele secţionate ale gîtului. Păstrarea cortului cerebelos şi a coasei creierului, în traumatismele obstetricale, obligă la deschiderea craniului după secţionarea pe suturi, pentru a evita secţionarea sinusurilor venoase, urmată de răsfrîngerea oaselor parietale şi a occipitalului în afară. Nu se va pierde din vedere necesitatea deschiderii urechii medii prin tegmen timpani. Măduva spinării se va scoate cu tot cu sacul dural, după secţionarea rădăcinilor rahidiene. În scopul decelării

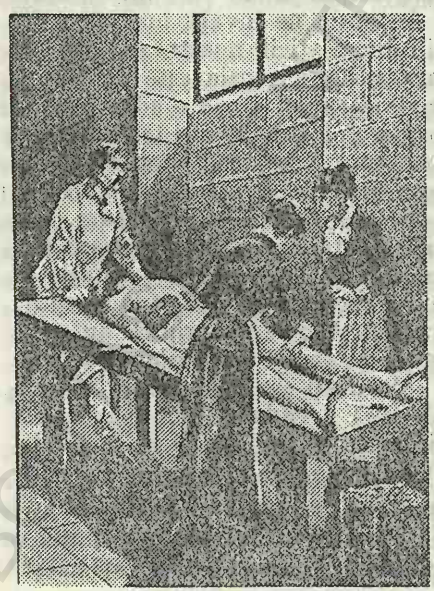


Fig. 12. Necropsie didactică (Paris).

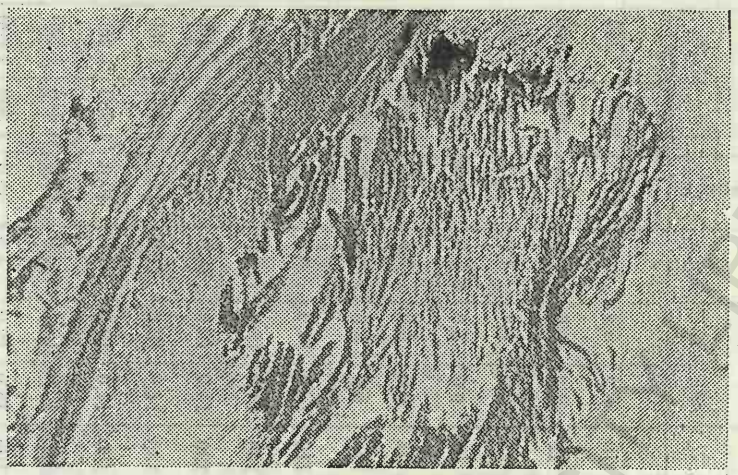


Fig. 13. Calcificare coronariană (exhumare la 1 an).

hipersonorităţilor pulmonare (exemplu în pneumotorax), toracele se va percuta în prealabil, în vederea deschiderii sale sub apă.

La adult, este bine ca întreg creierul să se fixeze pentru 2—3 săptămîni în formol 1/10, după care se va examina minuţios. Secţiunile Pitres se vor face din 2 în 2 cm (prefrontală, pediculo-frontală, frontală, parietală, pediculo-parietală şi occipitală). Autopsia cordului se va face după recomandările O.M.S., prin secţiuni paralele ale ventriculilor, după ce baza s-a deschis în mod clasic. Pulmonul se va fixa în întregime în formol care se va introduce prin bronhii. Stomacul şi intestinele se vor fixa pentru 3—5 minute în formol, se vor întinde 10 minute, după care se vor examina. Ori de cîte ori se bănuiesc fracturi, corpi străini etc., nu se va uita examenul radiografic prealabil. În situaţia constatării unui reflux venos dinspre triunghiul lui Scarpa spre venele iliace, se va bănui o tromboză venoasă ce va impune disecţia amănunţită a venelor membrelor inferioare. La o femeie tînără, în activitate genitală, la care se produce o moarte subită, se va bănui o embolie gazoasă postabortum şi autopsia va începe cu deschiderea abdomenului şi a uterului. În aceste cazuri, nu se va secţiona trunchiul brahiocefalic şi se vor clampa vasele de la baza cordului, iar pentru cercetarea aerului în cord, acesta se va deschide sub apă, măsurîndu-se chiar cantitatea sa cu eprubeta. Nu se va uita cercetarea emboliei gazoase şi în vena cavă inferioară. Există tehnici speciale pentru examenul coronarografic postmortem ca şi pentru alte constatări particulare, ce impun cunoaşterea lor de către specialist. Tabelul greutăţii organelor la copil şi la adult, în funcţie de vîrstă şi sex, va ajuta la aprecierea modificărilor macroscopice ale acestora (atrofii, hipertrofii etc.). Nu se va uita că hipovolemiile pot scădea greutatea organelor cu pînă la 15% (tabelele 2, 3, 4).

Activitatea de prosectură medico-legală a evidenţiat totdeauna interesul ştiinţific şi aportul său la evoluţia ştiinţei medicale. Cum spuneau medicii din vechime: „aici se întrerupe orice conversaţie şi se lasă rîsul să zboare, pentru că este singurul loc unde moartea se delectează slujind viaţa". Un examen necroscopic corect, care se referă la constatarea oricăror modificări sau leziuni culese cu ajutorul simţurilor examinatorului (văz, auz, palpare, miros), va fi în măsură să soluţioneze multitudinea problemelor judiciare pe care le ridică o examinare morfologică (Rainer). Aşa cum, privind pacientul, deseori

Tabelul 2.

Talia (în cm), masa corporală (în kg) și masa organelor (în g) în funcție de vîrstă și sex

Vîrsta	Talia		Masa corporală		Inima		Pulmoni		Ficat		Rinichi		Splină		Suprarenale		Ovare	Testicule	Creier	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀			♂	♀
Nou-născut	50,6	50,2	3,4	3,3	23	21	50	47	135	134	24	23	11	10	6,2	5,2	0,25	1,1	385	365
6 luni	66,4	65,2	7,5	7,26	28	25	60	60	160	140	31	28	14	12	3,2	2,0	0,3	1,5	300	360
1 an	75,2	74,2	10,0	9,7	60	55	170	170	380	330	70	60	30	25	5,6	5,4	1,0	1,9	960	960
2 ani	87,5	86,6	12,5	12,2	65	58	190	180	420	350	77	72	35	30	6,0	5,5	1,0	2,0	970	950
5 ani	111,3	109,7	19,4	18,7	100	90	270	266	600	450	105	105	55	52	6,6	6,0	1,8	2,8	1 200	1 050
10 ani	140,3	138,6	32,6	31,8	130	120	360	310	950	800	150	125	80	70	9,0	8,0	4,0	4,0	1 250	1 230
15 ani	167,8	161,1	54,8	51,4	240	200	550	500	1 270	930	200	185	120	110	13,0	11,0	8,0	20,0	1 340	1 260
20 ani	170,0	165,0	62,0	56,2	280	260	700	620	1 560	1 370	270	240	155	130	13,5	12,0	9,5	42,0	1 400	1 260
25 ani	170,0	165,0	65,0	56,6	310	265	770	620	1 580	1 370	280	260	170	130	14,0	13,0	11,0	45,0	1 400	1 250
30 ani	170,0	165,0	68,0	58,5	315	270	800	620	1 580	1 370	285	240	170	130	14,0	13,0	11,0	42,0	1 390	1 250
40 ani	170,0	165,0	71,0	61,2	320	285	800	660	1 590	1 400	275	240	150	130	14,0	13,5	9,0	40,0	1 380	1 250
50 ani	170,0	165,0	72,0	64,8	340	305	800	620	1 600	1 430	270	235	145	115	13,0	12,5	6,0	35,0	1 340	1 240
60 ani	170,0	165,0	73,0	67,1	330	310	800	620	1 520	1 380	270	235	130	105	13,0	12,0	4,5	35,0	1 300	1 200
70 ani	170,0	165,0	72,0	67,5	320	300	770	620	1 400	1 250	260	220	110	90	12,5	12,0	4,0	30,0	1 250	1 150

Tabelul 3.

Masa organelor în relație cu masa, lungimea corpului și durata gestației la nou-născut (Potter și Adair)

	Masa corpului (g)								
	250–750	750–1 250	1 250–1 750	1 750–2 250	2 250–2 750	2 750–3 250	3 250–3 750	3 750–4 250	Peste 4 250
	(Media aritmetică în g)								
ORGANE									
Tiroidă	0,5	1,1	1,3	1,4	1,8	1,8	2,4	2,4	2,9
Timus	1,4	3,1	5,1	8,5	9,3	9,9	10,8	15,3	12,8
Inimă	4,6	7,6	10,8	14,5	17,9	20,1	21,7	25,4	29,3
Plămîn	15,0	25,2	33,7	44,2	49,5	54,7	59,4	64,0	77,9
Ficat	31,5	49,2	66,3	87,9	105,8	140,4	151,5	185,1	229,0
Splină	1,0	2,1	4,0	5,8	7,6	9,7	11,1	12,2	13,0
Pancreas	0,6	1,2	1,6	2,1	2,8	3,4	3,6	3,9	4,6
Rinichi	5,3	9,7	13,6	18,3	21,1	23,6	26,6	29,3	32,2
Suprarenale	2,5	3,3	4,3	5,3	6,9	7,6	9,3	10,5	12,5
Creier	82,8	160,6	226,8	289,2	332,6	390,9	429,6	402,9	456,0
MEDIA MASEI CORPULUI	555,0	999,0	1 477,0	2 006,0	2 503,0	3 005,0	3 439,0	3 945,0	4 662,0
	Lungime (cm)								
Vertex-călcii	30,6	36,5	41,5	45,7	48,4	50,9	52,6	54,0	55,3
Vertex-coccis	21,0	24,7	27,9	30,9	32,9	34,8	36,3	37,3	39,0
	Intervalul dintre prima zi a ultimei menstruații și delivrare								
	167	195	217	248	258	272	277	279	291

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Constatări macroscopice (Sandriter) *Tabelul 4.*

Tip de leziune	Coloraţie	Forma, greutate	Consistenţa	Observaţii
Atrofia	Cel mai adesea brun	Diminuată	Fermă	—
Tumefacţia tulbure	Pămîntiu	Crescută	Diminuată	Parenchimul bombează în afara capsulei
Amiloid	Gri, rozat, vitros	Crescută	F. fermă	Translucid
Steatoză	Galbenă	Crescută	Pastoasă	Cuţit „aburit“
Necroza: infarct alb	Galbenă	—	Uscată, fermă	Necroză recentă lejer proeminentă. Necroza mai veche deprimată
Infarct roş	Roşu-negru	—	Uscată, fermă	—
Steatonecroză	Albă presărată cu „cretă“	—	Fermă	—
Ţesut de granulaţie	Roşu	—	Moale	Aspect granulos la suprafaţă, ros şi deprimat pe secţiune
Ţesut cicatricial	Alb sidefiu	—	Fermă	—
Congestie activă	Roşu clar	Crescută	Neschimbată	—
Congestie pasivă	Roşie şi brună la pulmon	Crescută	Fermă la f. fermă	Acută sau cronică
Inhalarea sîngelui	Pulmon roşu clar, roşu întunecos	—	Normală sau crescută	Transformarea bilirubinei în biliverdină
Hemoragii				
Inflamaţie seroasă	Roşu clar	Tumefacţie	Moale	—
Infl. purulentă	Galbenă	—	Moale	Flegmonoasă gri-gelatinoasă şi abces circumscris
Infl. fibrinoasă	Gri-albă	—	Moale	Suprafaţa uscată
Infl. cronică	Gri-rozată	—	Mai mult sau mai puţin fermă	Aspect variat (cu vechimea)
Pneumonie francă lobară	Roşu-gri, roşu-galben	Crescută	Friabilă	Cu rezoluţia, suc de radere roşietic, lejer filant ce dispare la clătire.
Bronhopneumonie	Gri-rozată	Focare rău delimitate de 3—4 cm diametrul	Friabilă	Absenţa crepitaţiilor
Gangrenă	Verde-negru	—	Fragilă	Miros fetid
T.B.C.	Albă	—	Aspect „cu cocoloaşe“	„Brînză albă“ „carne crudă“
Goma	Alb-galbuie	—	Gumoasă (ca guma)	—
Limfogranulomatoză	Gri-albă, galben clar	Crescută	Fermă, elastică	Zone de necroze galbene cu contur geografic
Carcinom nodular	Gri-alb	Noduli rău delimitaţi	Suculentă	—
Carcinom solid	Gri-alb	Noduli rău delimitaţi	—	—
Carcinom schiros	Gri-alb	Infiltraţie difuză	Fermă sau dură	—
Sarcoame	Albă	Noduli voluminoşi	Elastică, asemănătoare cu carnea de peşte	—

BUCUREŞTI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

poți vedea diagnosticul, tot așa, privirea locului faptei și a cadavrului vorbește despre felul în care el a murit. Ori de cîte ori nu se respectă metodologia riguroasă a examinării medico-legale, metodologie impusă de prevederile legale ca și de spiritul de obiectivitate științifică în domeniu, se riscă compromiterea unor aspecte judiciare și chiar erorile judiciare (anexa II).

Deontologia expertizei morfologice medico-legale obligă pe medic la competență și conștiinciozitate maximă, la o profesiune de credință față de greșelile posibile, ca: necunoașterea obiectivelor unei autopsii medico-legale, autopsia incompletă, autopsia tardivă, interpretarea greșită a datelor, examinările neadecvate și nerecunoașterea leziunilor, neexaminarea cadavrului în contextul locului faptei, substituirea intuiției în locul interpretării științifice a faptelor, încrederea exagerată în flerul medico-legal, colectarea insuficientă a evidențelor și nerecurgerea la explorările complementare. Un model de raport medico-legal anexat va fi în măsură să determine la a nu omite nici un element dintr-o descriere medico-legală.

ESTIMAREA DATEI MORȚII

Cunoașterea modificărilor biochimice și morfologice cadaverice, ca și a evoluției lor în timp, ne permite să precizăm, cît mai aproape de realitate, data la care a decedat o persoană. Constatarea are o deosebită importanță judiciară, deoarece soluționează diferitele versiuni de anchetă. De exemplu, stabilirea datei morții la un cadavru necunoscut poate disculpa sau inculpa persoane (și situații) care au fost văzute cu victima înainte sau după data morții.

Datorită multitudinii de factori aleatori ce intervin în stabilirea datei morții, mai corect se va vorbi de estimarea datei morții, fapt care însă nu susține butada lui Camps, după care, cea mai bună metodă de stabilire a datei morții este să fii de față cînd moartea s-a întîmplat.

Data morții se stabilește prin multiple mijloace medico-legale, printre care:

—constatarea gradului de digestie a alimentelor, cu ocazia autopsiei, ne arată la cît timp de la luarea prînzului a decedat o persoană, avînd în vedere faptul că alimentele se digeră în stomac, în funcție de felul lor, pînă la 7 ore. Astfel, laptele, brînzeturile proaspete se digeră în 2—3 ore, legumele în 4—5 ore, carnea (cea mai rezistentă la digestie fiind carnea de vînat, diferitele conserve de pește) digerîndu-se în 5—6 ore. În raport de conținutul stomacului și, ca atare de reconstituirea unui meniu, ancheta poate stabili locul unde victima a consumat aceste alimente. Se va avea în vedere însă că, uneori, traumatismele cranio-cerebrale, șocul hemoragic, stressul psihic siderează digestia gastrică și evacuarea gastrică prin inhibarea motricității și poate produce erori. Alteori evacuarea gastrică e accelerată ca în ulcerul gastro-duodenal sau întîrziată ca la diabetici, în dispepsii digestive etc. Lichidele, evident, se evacuează mai repede decît alimentele solide, lichidele izotonice mai repede decît cele hipertonice, soluțiile glucozate mai repede decît cele proteice și acestea mai repede decît cele lipidice. Alimentele se vor evacua mai repede dacă subiectul este în decubit ventral sau mai ales culcat pe dreapta. Cînd compoziția prînzului e aceeași, evacuarea variază de la persoană la persoană. Posibilitățile de estimare a datei morții scad evident, direct proporțional cu timpul scurs de la deces.

Data morții se mai poate aprecia și pe baza gradului de distensie a vezicii urinare, avînd în vedere faptul că o vezică plină denotă moartea în a doua jumătate a nopții, față de o vezică goală, ce pledează pentru o moarte imediat după culcare.

De importanță în stabilirea datei morții sînt prezența și evoluția modificărilor cadaverice, așa cum rezultă din tabelele alăturate (tabelele 5, 6, 7, 8).

Deperdiția calorică (după Pesch) la temperatura de 16—18° *Tabelul 5.*

Cadavre cu panicul adipos redus	Cadavre cu panicul adipos dezvoltat
Primele 4 ore = 1°/h După 6 ore = 1,5°/h După 9 ore = 1°/h După 19 ore = 0,5°/h După 25 ore = 0,25°/h	Primele 3 ore = 0,65°/h După 7 ore = 1°/h După 22 ore = 0,5°/h După 28 ore = 0,25°/h
Căderea totală a temperaturii = 16,5°/h la început de 25 h	Căderea totală a temperaturii = 13,4°/h la început de 25 h

Cronologia lividităților și rigidității *Tabelul 6.*

Evoluție	Timp minim	Autor	Timp maxim	Autor
Lividități				
Debut	15′	Meixner	4 h	Simonin
Manifeste	1 h	Strassman	4 h	Merkel
Maxime ca intensitate	3 h	Strassman	14 h	Laroche
Dispariția la presiune sau schimbarea poz. cadavrului	3 h	Reuter	8 h	Strassman
Imuabile	3 h	Strassman	18 h	Martin
Rigiditate				
Debut (maxilar, cord)	30′	Reuter	4 h	Vibert
Totală	2 h	Meixner	8 h	Ponsold
Sfîrșitul rezoluției spontane	14 h	Merkel	4 zile	Reuter

Data morții (după B. Müller) *Tabelul 7.*

Constatări făcute pe cadavru	Limite de timp post-mortem
I. *Reacții supravitale*	
— Mișcările cililor vibratili	13—30 h
— Mișcarea cililor la iritații cu sol. saline	36—48 h
— Mișcările spermatozoizilor în veziculele seminale	83 h
— Modificări pupilare la ezerină (instilații)	2 h
— Modificări pupilare la atropină (instilații)	6 h
— Modificări pupilare la pilocarpină injectată în camera anterioară	21 h
— Modificări pupilare la acetilcolină injectată în camera anterioară	17 h
— Modificări pupilare la atropină injectată în camera anterioară	6 h
— Reacția idiomusculară a bicepsului	3 h
— Excitabilitate electrică faradică	1—5 h
— Secreția glandelor sudoripare	30 h

Constatări făcute pe cadavru	Limite de timp post-mortem
II. *Deshidratare*	
— Opacifierea corneii la ochiul deschis	1 h
— Opacifierea corneii la ochiul închis	24 h
III. *Răcirea cadavrului*	
— Scăderea temperaturii interne cu 0,5—1,5° C/h	pînă la 4 h
— Scăderea palpată a temperaturii la extremităţi	1—2 h
— Scăderea temperaturii tegumentelor îmbrăcate	4—5 h
IV. *Petele cadaverice*	
— Formarea lividităţilor la gît	20—40 min
— Formarea lividităţilor în axile	15—20 min
— Lividităţi evidente cel mai precoce	30 min
— Lividităţi cadaverice evidente	60 min
— Începutul confluării lividităţilor	2 h
— Dispariţia lividităţilor la vitropresiune	20 h
— Dispariţia lividităţilor la apăsare puternică cu cuţitul	36 h
— Schimbarea completă a lividităţilor cu schimbarea poziţiei cadavrului	5 h
— Schimbarea incompletă a lividităţii cu schimbarea poziţiei cadavrului	16 h
— Transsudarea Hb în micul bazin	24 h
— Transsudarea Hb în pleure	24—36 h
V. *Rigiditatea cadaverică*	
— Rigiditatea cordului şi diafragmului	30 min
— Concentrarea sîngelui (eritrocit) prin rigiditatea cordului	18—24 h
— Ruperea rigidităţii şi refacerea sa	15—48 h
— Apariţia rigidităţii la maxilare	2—9 h
— Extinderea rigidităţii la întregul corp	6—8 h
— Reapariţia rigidităţii după rupere	7—8 h
— Începutul dispariţiei spontane a rigidităţii	24—48 h
— Dispariţia completă a rigidităţii	3—4 zile
VI. *Descompunerea cadaverică*	
— Colorarea verzuie a tegumentelor	2 zie
— Apariţia ceroasă în ţesutul gras	1—2 luni
— Apariţia ceroasă în ţesutul gras la temperaturi ridicate	2—3 săpt.
— Apariţia ceroasă în muşchi	3 luni
— Transformarea muşchilor feţei	1/2 an
— Transformarea muşchilor profunzi	1 an
— Transformarea ceroasă a întregului corp	1 an
— Apariţia de ciuperci la înhumaţi	2—4 ani
— Dispariţia parţială a părţilor moi	3—4 ani
— Dispariţia totală a părţilor moi	7—10 ani
— Dispariţia cartilajelor şi sinovialelor	5 ani
— Dispariţia grăsimii oaselor	5—10 ani
— Începutul dezagregării oaselor	10—15 ani
— Oase fragile şi poroase	50 ani
— Mumifiere ultraprecoce	17 zile, luni
VII. *Date entomologice*	
— Apariţia de crisalide precoce	3—4 zile
— Apariţia de crisalide în medie	10—14 zile
— Apariţia de larve de crisalide	7—8 zile
— Aspectul de clorozâ a ierbii sub cadavru	3—8 zile

Tanatocronologie (după Müller, Simonin, Pech, modificată) *Tabelul 8.*

Timp minim postmortem	Constatări făcute pe cadavru
20—45 minute	Apariția lividităților la gît
30 minute	Debutul rigidității mușhiului cardiac și a diafragmului
45 minute	Pierderea transparenței corneii
1 oră	Căderea temperaturii rectale cu 1°C/h pentru primele 4 ore. Coagularea sîngelui
1 h 45 minute	Confluența lividităților gîtului
1—2 h	Răcirea picioarelor, mîinilor, feței
2 h	Lipsa contracțiilor pupilei la ezerină
	Lichefierea medulo-suprarenalei
	Debutul rigidității la articulația temporo-mandibulară
3 h	Degenerescență nucleară a normocitelor în măduvă
4 h	Lipsa dilatării pupilei la instilația atropinei
4—5 h	Răcirea sensibilă a pielii
6—7 h	Extensia rigidității la toată musculatura scheletică
7—8 h	Rigiditatea ruptă nu se reface
10 h	Lividităile stabilizate nu dispar la presiune și nici la schimbarea poziției cadavrului
10—20 h	Căderea leucocitelor neutrofile la nivelul măduvei
12 h	Pergamentarea organelor genitale externe
12—15 h	Rezoluția rigidității mușchiului cardiac
13—30 h	Dispariția mișcărilor cililor epiteliali
14 h	Lividități maxime
15—24 h	Echilibru termic. Hipostază pulmonară. Hemoliză
18—24 h	Hemoconcentrarea sîngelui din cord
24 h	Pierderea transparenței corneei, apariția colorației verzi pe partea inferioară a ficatului și fața colică a splinei, transsudat cu Hb în micul bazin
24—36 h	Transsudat pleural cu Hb
34—82 h	Dispariția motilității spermatozoizilor în veziculele seminale
36—48 h	Debutul rezoluției spontane a rigidității
48 h	Dispariția LCR, muierea globilor oculari, pata verde abdominală, turgescență venoasă superficială. Midriază
3— zile	Rezoluție completă a rigidității.
6 zile	Prezența precoce a pupelor
7—8 zile	Înverzirea întregului cadavru

De mai mare valoare în această direcție sînt constatările lui Vibert, după care:

— corp suplu și lividități absente sau schițate = moartea s-a produs sub 6 ore;

— corp rigid cu lividități ce dispar la presiune = de la moarte nu au trecut mai mult de 6—12 ore;

— corp rigid și cu lividități imuabile = de la moarte au trecut 24 ore;

— rigiditatea dispărută cu apariția petei de putrefacție abdominală = de la moarte au trecut 36 ore.

Cînd rigiditatea nu se asociază cu lividități se poate incrimina schimbarea poziției cadavrului, vasoconstricția periferică cu centralizarea circulației, coagularea postmortală precoce etc.

Creșterea aparentă a părului sub influența deshidratării și retracției musculare este un criteriu aleator.

La cadavrele proaspete, un aport important în acest sens îl aduc examinările histopatologice și constatarea stadiului de organizare a diferitelor leziuni.

Se știe, de exemplu, că într-o reacție vitală, afluxul leucocitar se produce în primele 30 de minute, dar începutul supurației apare după mai mult timp, fapt ce este util stabilirii datei morții.

La cadavrele putrefiate, găsite după mai mult timp, în sprijinul stabilirii datei morții vine examenul entomologic, știut fiind că un cadavru este invadat în mod progresiv de diferite insecte cadaverice. Diferitele insecte necrofage, care percep cadavrul de la distanțe enorme, depun ouă ce se transformă în nimfe, larve, pupe și insecte adulte, într-o anumită ordine și durată de timp. De exemplu, la început cadavrul este populat de musca albastră *(Califora elitrocefala)*, care depune ouă ce eclud în larve în 8—14 ore și larvele în pupe în 10—20 zile. Într-o etapă următoare (1—6 luni de la moarte), cadavrul este părăsit de diptere pentru a fi invadat de coleoptere și lepidoptere, iar într-o ultimă fază, de dipterele mici ale lichidelor cadaverice și de acarieni.

La cadavrele proaspete, la care se cunoaște cantitatea de alcool consumată, dozarea alcoolului în sîngele cadaveric, cu stabilirea diferenței dintre cantitatea consumată și cea găsită în sînge la autopsie, permite stabilirea datei morții cu oarecare precizie.

De un interes deosebit în stabilirea datei morții este examenul tanatochimic al LCR-ului, dacă de la deces pînă la moarte nu au trecut mai mult de 36—48 de ore. Cercetarea lichidelor cadaverice prin metode fizice sau chimice (*p*H, crioscopie, hemoliză etc.) apare deosebit de utilă, dar cercetarea LCR-ului aduce cele mai precise date, cu erori de maximum 30 de minute, în intervalul termenului menționat, tocmai datorită invadării mai tardive a acestuia cu produși rezultați din autoliza creierului și, ca atare, păstrării constante a compoziției sale. Se cercetează *p*H-ul în LCR, nivelul K, al xantinei și hipoxantinei, al acidului lactic și al N-rezidual, al fosforului anorganic sau al diferiților aminoacizi, cu ajutorul cărora se pot face prelucrări matematice cu stabilirea unor curbe evolutive ce indică, în mod veridic, data morții.

TANATOPRAXIA

Tanatopraxia include totalitatea mijloacelor de conservare a cadavrelor în scop medico-legal sau funerar.

În antichitate, adevărată industrie, era legată de concepția despre moarte. La egipteni, moartea era înconjurată de maximum de respect, fapt ce a determinat incorporarea ei în artă. Prin cadavru se considera că moartea participă la viață, de-aici lipsa dezgustului față de cadavru. Cultul pentru frumos și nemurire a generat arta funerară a mumificării, cele mai vechi mumii existînd de 3000 de ani î.e.n. Îmbălsămarea la egipteni a fost descrisă de Herodot astfel: cu un cîrlig de fier se extrăgea creierul prin nas, cu o piatră de Etiopia se despica abdomenul și se scoteau viscerele, în cadavru se introduceau vin de palmier și substanțe aromatice (mir, smirnă). Pentru deshidratare corpul se introducea apoi în carbonat de sodiu timp de 70 de zile și în final cadavrul se înfășura în fîșii de voal trecute printr-un fel de clei. Plasate astfel în piramide sau într-o mastaba, ele păstrau fidel expresia fizionomică dînd impresia de somn. Secretul acestor conservări era evident deshidratarea care se realiza și cu alte substanțe minerale.

În Orenoc indienii conservau doar capul prin umplere cu nisip și expunere la aer pentru mumifiere. În Africa, Alaska, mumifierea preceda incinerarea.

În Asia, cadavrul se spăla zilnic 12 luni și se deshidrata prin expunere la soare. În Europa se conservau cadavrele cu pudră de mirt și aloe. Herodot ne mai informează că sciții îmbălsămau regii în ceară. La chinezi se făcea cu camfor, pudră de santal și sare, în poziție de contemplare. Înhumarea apare încă din paleolitic cînd se făcea în poziție embrionară, pămîntul fiind considerat mama tuturor oamenilor. În Europa, la Palermo, mumifierea se făcea prin expunere la aer uscat sau cu soluții de compuși ai arsenului.

Astăzi, conservarea se poate realiza prin congelare, prin soluții alcoolice sau glicerinate de clorură de Zn injectate în vase, cu alcool amilic, soluții de cupru în băi galvanice, înhumări sub stratul viu al solului sau în cavouri etanșe. Incinerarea, cunoscută la romani și daci, se face în două faze: prin deshidratarea corpului la temperaturi înalte și prin combustia sa la temperaturi joase pentru a porțelaniza oasele. Arderea se produce în timp de o oră după care rămîne 1 kg cenușă (prin mijloace de accelerare).

BIBLIOGRAFIE

1. Adams J., Mader R., *Autopsy*, Chicago, 1976.
2. Arfel G., *Probl. d'électroéncephalografie de la mort*, Masson, 1970.
3. Asgian I., *Coma apoplectică*, Dacia, 1974.
4. Biberi I., *Viața și moartea în evoluția universului*, Editura Enciclopedică, 1971
5. Berg St., *Rechtsmedizin*, München, 1973.
6. Bessis M., *La mort de la cellule*, Triangle, 1970.
7. Brătescu Gh., *Etica medicală*, Editura Științifică, 1968.
8. Brehant Y., *Thanatos. Le malade et le médecin devant la mort*, Lafont, 1976
9. Brînzeu P., *Discuții pe marginea grefelor de inimă*, Timișoara, 1969.
10. Chaucard P., *La mort*, P.U.F., 1957.
11. Camps E., *Gradwol's Legal Medicine*, London, 1970.
12. Camps E., *Legal Medicine*, J. Wright, 1968.
13. Dierkens R., *Les droits sur le corps et le cadavre de l'homme*, Masson, 1966
14. Dérobert L., *Médecine légale*, Flammarion, 1974.
15. Dérobert L., *Le monde étrange des momies*, Pygmalion, 1975.
16. Doll J.P., *La discipline de greffes*, Masson, 1969.
17. Dragomirescu V., *Problematica și metodologia medico-legală*, Editura Medicală, 1980.
18. Falk H., Pfeifer K., *Practiscke Sectionsdiagnostik mit schenllmethoden*, G. Thieme, Leipzig, 1964.
19. Fateh Abdulah, *Forensic Patology*, Lippincott, 1980.
20. Forster, Ropohol, *Rechtsmedizin*, Freiburg, 1979.
21. Helpern M., Knight B., *Autopsy*, Martin's Press, 1976.
22. Heuse G., *Guide de la mort*, Masson, 1975.
23. Jacob Fr., *Logica viului*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1976.
24. Knight B., *Legal aspects of medical practice*, London, 1972.
25. Kernbach M., *Medicina judiciară*, Editura Medicală, 1958.
26. Kornprobst L., *Responsabilité du médecin*, Flammarion, 1957.
27. Leclercq M., *Entomologie et médecine légale*, Spectrum, 1974.
28. Minovici M., *Tratat complet de medicină legală*, București, 1928.
29. Malherbe J., *Médecine et droit moderne*, Masson, 1968.
30. Negovscki I.V., *Osnovi reanimatologhii*, Medghiz, 1967.
31. Pesch A., *Détermination de l'heure de la mort*, Thèse, Paris, 1958.
32. Policard A., *Elements de pathologie celulaire*, Masson, 1969.
33. Popielscki B., *Medycyna i prawo*, PZWL, Varșovia, 1970.

34. Pellegrini R., *Trattato di medicina legale*, Padova, 1972.
35. Raekallio J., *Ann. Institut. Medico-Legalis*, Helsinki, 1962.
36. Reimann W., Prokop P., *Vademecum Gerichtsmedizin*, Verlag, Berlin, 1973.
37. Sandriter W., *Manuel et atlas d'Anat. Path. macroscopique*, Masson, 1972.
38. Savatier R., *Traité de droit médical*, Paris, 1956.
39. Scripcaru Gh., Terbancea M., *Medicina Legală*, Editura Didactică și Pedagogică, 1970.
40. Scripcaru Gh., Terbancea M., *Patologie medico-legală*, Editura Didactică și Pedagogică, 1979.
41. Scripcaru Gh., *Tanatochimia L.C.R.*, Viața Medicală, 1969, 2, 230.
42. Tedeschi-Ekert, *Forensic Medicine*, Saunders, 1978.
43. Quai I. și col., *Introducere în teoria și practica medico-legală*, Editura Dacia, 1979.
44. * * * — *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1982.
45. * * * — *Brain death*, New York Academy, 1978.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

FELUL MORȚII

În practica medico-legală ne întîlnim cu mai multe feluri de morți. Mai frecvent ne întîlnim cu o moarte patologică și apoi cu alta violentă. Moartea patologică este moartea care se datorează unor cauze cu precădere interne, cauze de boală și care nu au semnificația de încălcare a unor norme pentru ca să cadă sub incidența legii penale. Moartea patologică se produce prin procese inflamatorii, circulatorii, distrofice sau tumorale și ea interesează cu precădere morfopatologia clinică. Medicul legist se poate întîlni cu acest gen de morți numai în situații particulare, atunci cînd, cercetînd de exemplu o moarte suspectă, are surpriza constatării unei morți patologice. O varietate a morții patologice este moartea naturală care, de fapt, este tot o moarte patologică, dar pe fond de uzură și senescență avansată.

Moartea violentă este aceea care se produce în mod fortuit, prin agenți determinanți predominant externi și care au o semnificație antisocială, căzînd sub incidența legii penale. Moartea violentă poate lua forma morții accidentale atunci cînd decesul survine ca urmare a unei imprudențe, neglijențe etc. legată de procesul muncii, forma suicidului atunci cînd este expresia unui act de autoagresiune, sau forma omorului atunci cînd este consecința unui act heteroagresiv, reținut de legea penală.

La limita dintre morțile patologice și cele violente se află o categorie de morți denumite de legiuitor morți suspecte, tocmai datorită împrejurărilor ce nu permit cunoașterea sau bănuirea prealabilă a cauzei lor reale. Noțiunea de moarte suspectă rezultă cu precădere dintr-o mărturie, astfel încît, inițial, moartea suspectă apare ca o noțiune testimonială ce necesită o clarificare științifică. În concepția O.M.S., morțile fără cauză aparentă sînt denumite și morți obscure, tocmai pentru că implică o clarificare științifică și ele alcătuiesc domeniul unei patologii marginale, de border line, cu care se confruntă îndeosebi medicina legală. Desigur că, în majoritatea cazurilor, acest gen de morti, etichetate ca atare prin lipsa cunoașterii împrejurărilor producerii lor, aparțin domeniului morților patologice, constituind categoria morților subite. În circa 10% din cazuri, însă, din domeniul acestor morți suspecte se evidențiază cauze de moarte violentă, îndeosebi de tipul intoxicațiilor, traumatismelor fără leziuni externe, asfixiilor fără leziuni externe, avorturilor camuflate etc., fapt ce justifică autopsia medico-legală. De aceea, o măsură de maximă prudență medico-legală se referă la obligația expertului de a sesiza orice moarte suspectă și a solicita clarificarea cauzelor sale prin necropsia medico-legală (fig. 14).

După alți autori moartea este clasificată în:

— violentă (contrară naturii), ce face obiectul investigației medico-legale;

— naturală (patologică și prin senescență);

— suspectă, cînd circumstanțele nu explică moartea, așa cum ar fi decesul la tineri, la oamenii nesuferinzi, la cei cu leziuni externe suspecte, în detenție sau într-un cabinet medical, la cei ce lucrează în condiții de muncă riscante, la persoane oficiale etc. O altă categorie de morți suspecte dar violente, la liziera cu cele patologice, sînt accidentele domestice prin cădere, arsuri, explozii, intoxicații, asfixii, electrocuții, înec în baie etc.

Cecaldi clasifică morțile în următoarele grupe:

— Morți lezionale cu cauze evidente (ex. moartea subită, violentă).

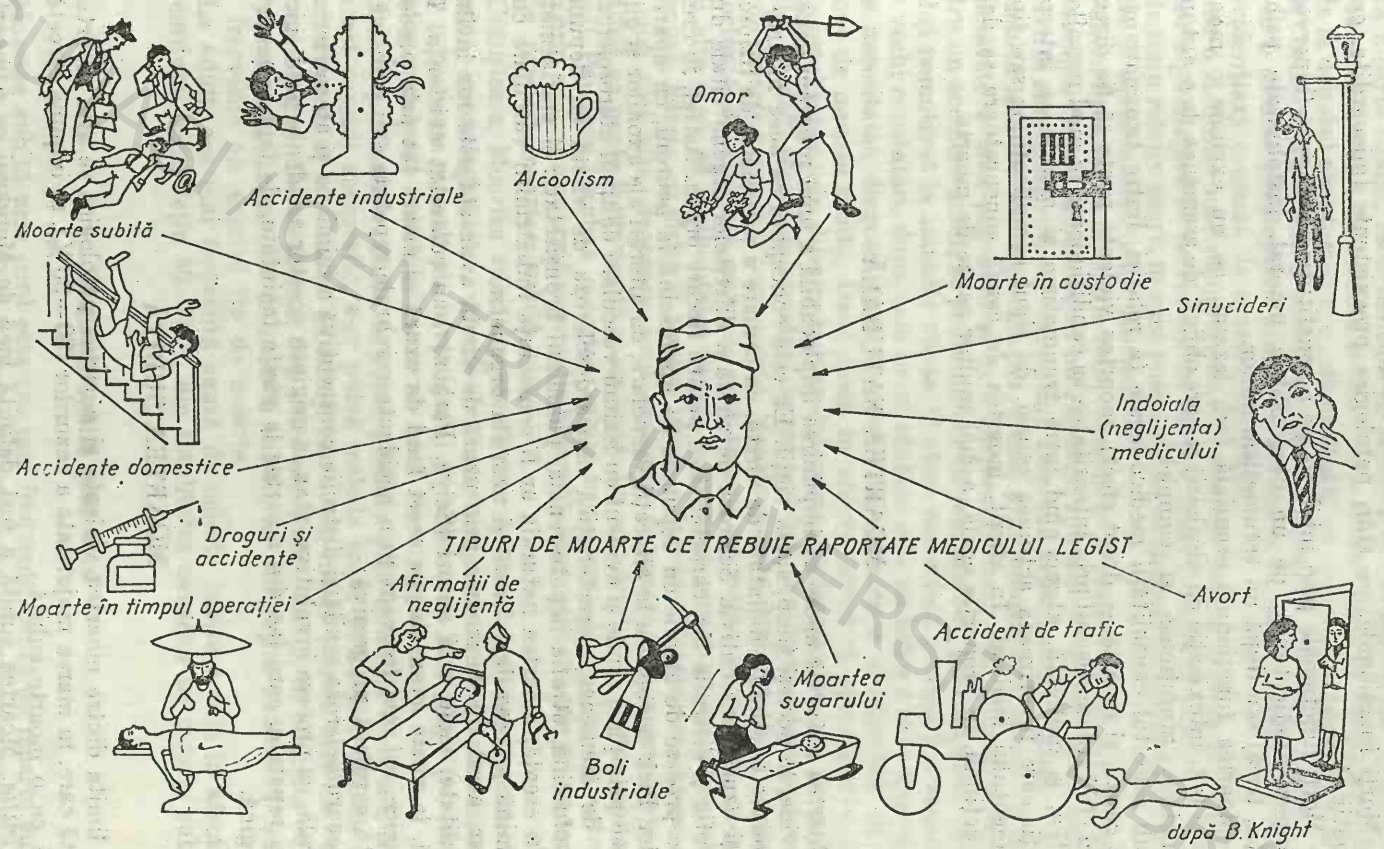


Fig. 14. Morți violente în competența medicinei legale (Knight).

— Morți lezionale fără cauze evidente și manifestate doar prin congestie vasculară difuză ce impune explorări complementare.

— Morți funcționale, pe stări patologice preexistente (miocardite, coronaropatii etc.).

— Morți funcționale prin inhibiție pe o constituție neurogenă (hipervago- sau hipersimpaticotonă), pe un dezechilibru umoral, instabilitate psihică (emoții, frică) sau după un traumatism minor.

— Moartea funcțională esențială fără leziuni, ce nu exclude o moarte violentă (ex. intoxicație cu alcaloizi) și care obligă, de asemenea, la o autopsie sistematică, minuțioasă și completă.

Sub aspectul cauzalității medico-legale (a relației dintre traumatism — drept cauză, și moarte — drept efect), moartea violentă poate să fie directă, atunci cînd traumatismul prin intensitatea sa condiționează în mod nemijlocit moartea, și indirectă, atunci cînd între traumatism și moarte se interpun condiții care favorizează acțiunea cauzei, de tipul complicațiilor sau lipsei tratamentului medical. În sfîrșit, moartea de cauză concuratoare se datorește acțiunii, în proporție egală, a mai multor cauze de moarte.

MOARTEA NATURALĂ

Moartea naturală apare ca împlinirea implacabilă a unui program genetic ce devine, în același timp, sursa vieții. Ea este concepută ca acea moarte ce se produce în stadiile înaintate de vîrstă, ca urmare a proceselor de fizioscleroză și uzură consecutivă. Scleroza de vîrstă a diferitelor organe vitale duce la atrofia și distrofia lor, caracteristică pentru fiecare organ. Astfel, în creier au loc procese de atrofie cu depunere de lipofuscină în neuroni, cu apariția corpilor Pick ce constau în alterații vacuolare, cu alterări ale axonilor și gliei, traduse prin plăci senile și evident cu leziuni vasculare de tipul aterosclerozei. Este, de asemenea, caracteristică miocardoscleroza de vîrstă cu depuneri de lipofuscină, atrofia hepato-renală, pulmonul bronșiectatic și emfizematos etc. În esență, moartea naturală ar fi consecința îmbătrînirii vasculare care determină procese de scleroză și uzură a organelor.

Dar, acest tip de moarte prin uzură de vîrstă avansată este rar întîlnit în realitate, încît, unii autori (Selye, Parhon) i-au contestat existența. De regulă, la vîrste avansate, pe acest fond de uzură se moare tot prin procese patologice, cel mai frecvent prin accidente cerebrale repetate sau prin insuficiență cardiacă progresivă.

Miocardoscleroza senilă și distrofia consecutivă a inimii ca și ateroscleroza cerebrală, ca procese involutive, stau la originea acestor accidente patologice, deseori repetate, care fac din moartea la vîrste înaintate, de fapt, o moarte patologică.

MOARTEA SUBITĂ

La limita dintre moartea violentă și moartea patologică se află moartea suspectă care, în marea majoritate a cazurilor (80—90%), se impune cercetătorului ca o moarte subită.

Definiție. Moartea subită a fost definită încă de Morgagni ca o moarte ce se produce rapid și în stare de sănătate aparentă. În definițiile mai recente (ale O.M.S., ale Societății internaționale de cardiologie etc.), la aceste elemente

s-a adăugat și timpul maxim în care decesul poate surveni. Astfel, este considerată moarte subită, moartea care se produce în maximum 24 de ore de la debutul accidentului. Se admite astfel o „late death" ce se produce după două ore de la debutul simptomelor, o „silent death" ce se produce rapid și o „early death" ce se produce sub 2 ore. Congresul de la Seatle definește moartea subită ca o moarte neașteptată prin antecedente și la care examenul necropsic nu evidențiază o cauză de moarte adecvată.

Într-o definiție mai comprehensivă, moartea subită trebuie înțeleasă ca o moarte patologică ce survine la un subiect aparent sănătos și într-un interval de timp relativ scurt, în care posibilitățile de diagnostic, datorită evoluției rapide a accidentului, sînt dificile.

Pentru bruschețea ei, foarte mulți oameni ar fi preferat acest gen de moarte (exemplu Cezar, la banchetul lui Lepidus, spunea că cea mai bună moarte este cea la care te aștepți cel mai puțin). Dar, sub aspect strict științific, moartea subită lasă loc tanatoprofilaxiei, adică, prin cunoașterea precoce a stării de sănătate a unei populații și prin dispensarizarea celor cu risc potențial pentru un accident subit, se poate amîna cît mai mult cu putință acest episod fatal și nemotivat la anumite vîrste. O atare necesitate profilactică răspunde unei vechi constatări, după care omul sănătos este un bolnav ce se ignoră, de unde necesitatea diagnosticului și profilaxiei precoce a afecțiunilor cu risc crescut de moarte subită. Dacă avem în vedere faptul că aproximativ 20% din mortalitatea prin diferite boli se datorează afecțiunilor cu risc de moarte subită, ne dăm seama de numărul de ani pierduți pentru societate prin acest gen de moarte precoce și nemotivată. Moartea subită devine astfel o problemă importantă de sănătate publică, care trebuie să rețină deopotrivă atenția, ca și alte stări de morbiditate. Seneca spunea că moartea este cîteodată o pedeapsă, adesea cu cîștig și, pentru mulți, o favoare. Moartea subită nu este nici una nici alta, deoarece, prin explorări sistematice la oameni aparent sănătoși, ea poate fi prevenită și amînată. La noi, de studiul morții subite s-a ocupat Paulescu (explică moartea subită în trecerea de la clino- la ortostatism prin anemie cerebrală și comoție bulbară), Diaconița ce scrie prima monografie privind moartea subită etc.

Clasificare. Moartea subită poate fi cu substrat funcțional (moarte biochimică, imunologică etc., un adevărat „teritoriu al nimănui" care lasă loc unor minuțioase și multiple investigații) și cu substrat morfologic (cu leziuni tanatogeneratoare constatate macro- sau microscopic).

Etiologie. Moartea subită se poate produce prin multiple afecțiuni, încît, în acest capitol nosografic, s-ar putea include toată patologia. Cauzele sale diferă după cum este vorba de adulți sau copii, motiv pentru care ele vor fi tratate separat. De asemenea, deși orice afecțiune banală, în anumite condiții, poate prezenta un risc de moarte subită, ne vor reține îndeosebi cauzele mai frecvente ale acestui tip de moarte.

La adult, cea mai frecventă cauză de moarte subită rezidă în afecțiuni ale cordului, care dețin 50—60% din totalitatea cauzelor de moarte subită.

Moartea subită prin cord

Moartea subită prin cord este cea mai frecventă cauză de moarte subită la adult. În clasificarea O.M.S., în cadrul cardiopatiei ischemice nedureroase intră și moartea subită. Faptul apare firesc, deoarece 65% din morțile subite prin cord se datoresc ischemiei coronariene. O.M.S.-ul, Societatea Interna-

țională de cardiologie au definit boala ischemică a cordului ca un dezechilibru dintre fluxul sangvin coronar (aportul de O_2) și cererea miocardului (consumul de O_2) și, indiferent de forma clinică ce justifică moartea subită coronariană, au considerat-o o problemă majoră a cardiologiei contemporane.

Frecvența cea mai mare de moarte subită la adult o întîlnim între 50—60 ani, dar astăzi, frecvența sa fiind paralelă cu frecvența cardiopatiei ischemice nedureroase generată de ateroscleroza coronariană și aceasta întîlnindu-se la vîrste din ce în ce mai mici, este evident că și riscul de moarte subită afectează vîrste sub 50 ani. Dimpotrivă, moartea subită se întîlnește mai rar peste 70 de ani, cînd formarea unei circulații colaterale împiedică accidentele coronariene. La 2/3 din coronarieni, accidentul este letal înainte de a ajunge la spital iar la 25% din aceștia, de obicei, primul atac coronarian devine fatal. Această constatare științifică ridică imperios problema asistenței medicale competente în condiții cît mai precoce. Aproximativ 30% din cei ce mor subit nu au suferințe cardiace prealabile iar restul au prodroame de oboseală anormală, dureri toracice și accidentul apare după efort, prînz copios („holiday heart syndrome"), stress psihic sau conducerea vehiculului.

Factorii favorizanți ai morții subite prin cord, ca de altfel ai morții subite în general, se referă la:

—consumul abuziv de alcool care, așa cum poate precipita diferite accidente cerebrale, poate fi la originea unor tulburări de ritm cardiac letale;

— tensiunea nervoasă și emotivă, conflictele psihice acute (șocul psihic), prin variațiile brusce de tensiune arterială pot produce ruperea unor vase de neoformație din plăcile de aterom ale intimei cu instalarea unor obstrucții coronariene. Șocul psihic poate acționa și prin descărcarea de adrenalină, care, crescînd perfuzia cordului și consumul de O_2 generează anoxie ce poate fi la originea unor tulburări grave de ritm cardiac;

— prînzul copios, prin ascensiunea diafragmului, poate genera extrasistole care sînt la originea ischemiilor coronariene letale (așa-numitul „holiday heart syndrome");

— efortul sexual (așa-numita moarte la ora intimă), alături de accidente hemoragice cerebrale, rupturi de anevrisme, embolii pulmonare etc., poate produce și accidente coronariene, mai frecvent în raporturile sexuale adulterine și cînd între parteneri există diferențe de vîrstă. Nu se exclude nici stress-ul extraconjugal.

Din punct de vedere anatomo-clinic, moartea subită se produce prin următoarele entități nosografice:

— Moartea subită prin inimă dar cu cord indemn anatomo-patologic la necropsie. Destul de frecvent, la necropsia morților subite nu se constată nici o leziune anatomo-patologică a cordului și nici examenul microscopic nu decelează vreo leziune. Este ceea ce autorii numesc „cord prea bun pentru a muri" („heart too good to die"). În moartea subită, în circa 80% din cazuri, necropsia decelează leziuni de ateroscleroză cardiacă, în 10% din cazuri leziuni de infarct vechi iar în 10% din cazuri cordul nu prezintă nici o leziune. În aceste împrejurări, moartea subită care are la bază boala ischemică a cordului s-ar putea produce prin următoarele tipuri de accidente:

— oprirea primară a cordului ca rezultat al instabilității electrice;

— angor pectoris cu formele sale de angină de efort, angină de efort stabilă și angină spontană Prinzmetal;

—insuficiența cardiacă după boala ischemică a cordului;

— aritmiile, ca singur simptom de boală ischemică a cordului. Este o realitate deci faptul că moartea subită nu se datorește atît infarctului de miocard cît aritmiilor. Bradicardiile severe, sub 18 pe minut, sindromul Adam-Stockes,

salvele de extrasistole ventriculare, crizele de bigeminism, extrasistolele premature (fenomenul RT), tahicardiile rapide peste 200/minut sînt cele mai periculoase și pot opri cordul. În peste 50% cazuri, în așa-zisul cord prea bun pentru a muri, se descoperă ischemii miocardice ce explică atare tulburări de ritm letale. Aceasta este cauza pentru care 1/2 din insuficiențele coronariene duc la moarte subită și, din acestea, 60% la primul atac al cordului.

Tulburările de ritm consecutive spasmelor coronariene (angorul de efort, angorul de repaus, angorul nocturn) se realizează și în cadrul angorului Prinzmetal, caracterizat prin apariția durerilor în repaus, deseori în somn și cu surprinderea unor modificări EKG de supradenivelare ST în derivațiile standard și subdenivelare în derivația opusă (aspect în oglindă) și sînt expresia clinică a ischemiei miocardice și a sindroamelor de amenințare. În evoluția acestui tip de angor, în 20% din cazuri se notează moartea subită prin fibrilație ventriculară sau infarct de miocard. Originea acestei tulburări într-un spasm pe un ram coronarian mare a confirmat realitatea spasmului în geneza unor tipuri de moarte subită prin cercetări EKG, cinecoronarografice ca și scintigrafice. Această realitate este atestată și experimental, deoarece injecțiile repetate de catecolamine produc îngroșarea intimei coronarelor.

— Sindromul sinusului suferind (SSS) se datorește cardiopatiei ateroscleretice, reumatice, cu lezarea arteriolei nodulului sinuzal (boala nodulului sinuzal) ce apare ca o tulburare în formarea și conducerea stimulului sinuzal. Ea se caracterizează prin opriri sinuzale tranzitorii, bradicardie alternînd cu tahicardie (sindrom tachy — brady) ce pot produce dereglări acute ale ritmului sinuzal cu exitus.

— Boala Pokkuri e o moarte subită la tinerii bradicardici consecutivă alterării vaselor ce irigă zonele de naștere și conducere a excitației (nodulul sinoatrial și atrioventricular).

— Extrasistolele ventriculare au frecvență directă cu gradul ischemiei și creșterea de volum a cordului și sînt la originea tahicardiei ventriculare, care explică fibrilația ventriculară și moartea subită prin instabilitatea electrică a inimii („rhythm deaths"). Swick și Parker descriu fenomenul R/T (întreruperea undei T prin QRS-ul unei sistole premature ectopice). Ei au descris 4 aspecte EKG: S/S (unda T întreruptă de o extrasistolă supraventriculară), S/V (unda T întreruptă de o extrasistolă ventriculară), V/S (unda T a unei extrasistole ventriculare întreruptă de QRS-ul unei activări normale supraventriculare) și V/V (unda T a unei extrasistole ventriculare întreruptă de QRS-ul unei alte extrasistole ventriculare). În moartea subită coronariană sînt frecvente aspectele S/V și V/V. Frecvența a peste 10 extrasistole unifocale pe oră sau în salve de 3—4 cresc riscul de moarte subită de 6 ori. Importanța prognostică a extrasistolelor ventriculare (ori de cîte ori deci o extrasistolă survine în perioada vulnerabilă a unui complex ventricular se poate produce fibrilația ventriculară) depinde de frecvența lor pe minut, precocitatea lor și lungimea intervalului Q-T (extrasistolele fiind cu atît mai grave cu cît unda R a bătăii premature apare spre sfîrșitul undei T=fenomenul R pe T). Totdeauna fibrilația ventriculară va fi precedată de: existența a peste 5 extrasistole ventriculare pe minut, fenomenul R/T și bigeminismul, cauzele fibrilației ventriculare fiind deci electrice, mecanice (epuizarea miocardului) sau mixte.

— Moartea subită prin infarct miocardic are loc, deseori, fără ca bolnavul să prezinte semne clinice alarmante. Infarctul miocardic se produce, cel mai frecvent, în teritoriul descendentei anterioare din coronara stîngă, motiv pentru care această coronară este denumită și artera morții subite. Astăzi se atrage atenția și asupra locului anatomic de întîlnire a circulației cordului

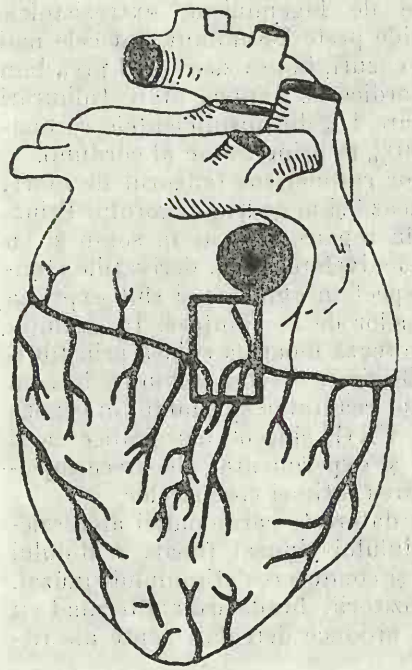


Fig. 15. Circulație coronariană de tip echilibrat (Kleinerman).

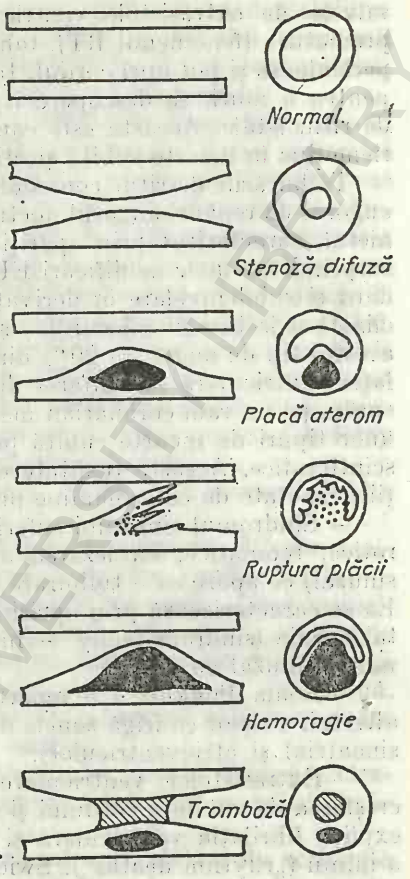


Fig. 16. Evoluția leziunilor aterosclerotice.

la nivelul șanțurilor interatriale, interventricular posterior și atrioventricular *(crus cordis posterior)* care realizează trei tipuri de circulație (stabilite pe bază coronarografică): tipul drept (cînd coronara dreaptă irigă *crus cordis)*, tipul stîng (cînd circumflexa stîngă din care pleacă descendenta posterioară irigă zona) și tipul echilibrat (cînd zona e irigată de circumflexa stîngă și coronara dreaptă cu bogate anastomoze intercoronariene). Majoritatea infarctelor se produc în tipul II (stîng) de circulație (fig. 15). Cîțiva factori anatomici favorizează frecvența infarctului miocardic la om: ramificarea în unghi drept a coronarelor, fapt ce constituie un dezavantaj ontogenetic, precum și existența cudurilor epicardo-miocardice, în tunel, care îngreuiază circulația coronariană, scad debitul coronarian și favorizează constituirea aterosclerozei iar apoi instalarea trombozelor. Se admite că o obstrucție de cel puțin 30% a lumenului coronarian generează ischemia miocardică și apoi infarctul (fig. 16). Infarctul poate fi zonal, de natură vasculară sau în microfocare („infarct likelesions") de natură vasculară și metabolică prin exces de catecolamine. În zona de infarct se produce o vasodilatație ce accentuează ischemia zonei bolnave (furt coronarian). În primele 15 ore infarctul este palid, cu edem, după 35 ore centrul devine galben și marginile hemoragice, la 3 zile centrul e brun, la 7 zile apare retracția iar la 6 săptămîni cicatricea. Ocluziile sînt cu aterom simplu, ulcerat, hemoragie subintimală sau tromboză. Frecvent, la necropsie vom decela astfel de infarcte constituite (necroze acute miocardice

de natură ischemică) dar, înainte de 6—8 ore, vom constata doar o obstrucție coronariană ce se evidențiază prin coronarografie postmortem, moartea subită explicîndu-se prin tulburările de ritm consecutive ischemiei miocardice (fig. 17; planșa I, fig. 3). Înainte de 6—8 ore, ischemia miocardică (infarctul fără infarct) se pune în evidență și histochimic prin cercetarea macroscopică a succindehidrogenazelor, iar moartea subită va fi de natură electrică („self electrocution"), datorită diferențelor de gradient ionic și de potențial electric la limita dintre cele două zone, cu generarea unor fibrilații ventriculare (totdeauna în hipoxie crește excitabilitatea și scade conductibilitatea). La acest mecanism electric de moarte subită se adaugă și eliberarea potasiului din zona pe cale de necroză, fapt ce justifică monitorizarea acestor categorii de bolnavi (în scopul prevenirii tulburărilor grave de ritm). Orice zonă ischemică implică o excitabilitate electrică crescută care face cordul să nu iasă din perioada refractară, iar extrasistolele, frecvente în aceste situații, să fie la originea fibrilațiilor ventriculare letale. Creșterea frecvenței extrasistolelor ventriculare cu 10% complexe duce la creșterea riscului de moarte subită de circa 10 ori. La bolnavii cu infarct, moartea subită este frecventă dacă tahicardia sinuzală este persistentă, fibrilația ventriculară resuscitată, infarctul anterior și întins, debutul cu fibrilație atrială.

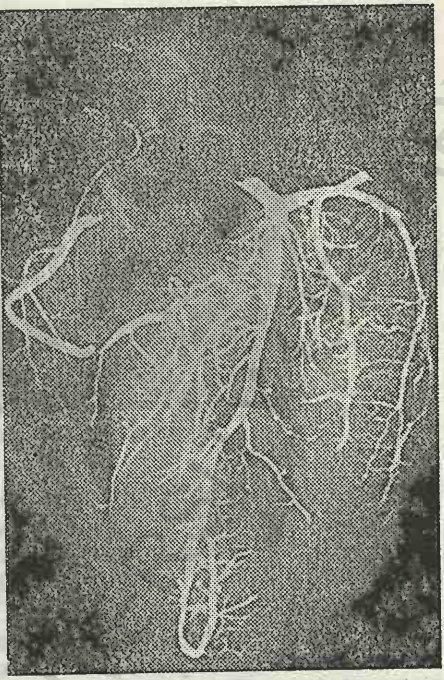


Fig. 17. Coronarografie postmortem.

— Alteori, la necropsie constatăm infarcte pe cale de organizare, cînd moartea subită se poate explica fie prin infarct ca atare, fie prin ruptură de miocard (frecvente în ziua 3—10-a) cu tamponada inimii ori prin aritmii letale (fig. 18, 19). Riscul rupturii de cord și al morții prin tamponada inimii este mare la vîrste avansate, la acei cu infarcte în antecedente sau care fac

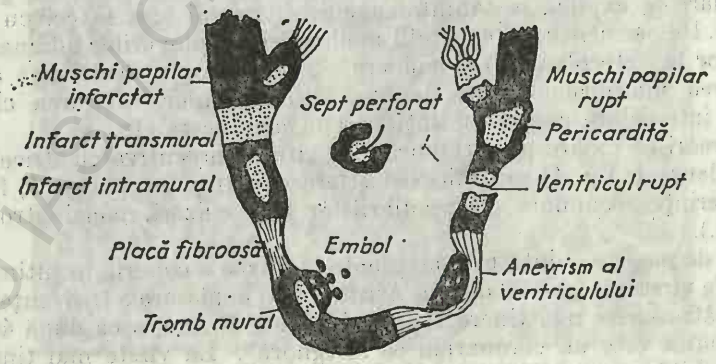


Fig. 18. Complicațiile infarctului de miocard (Camps).

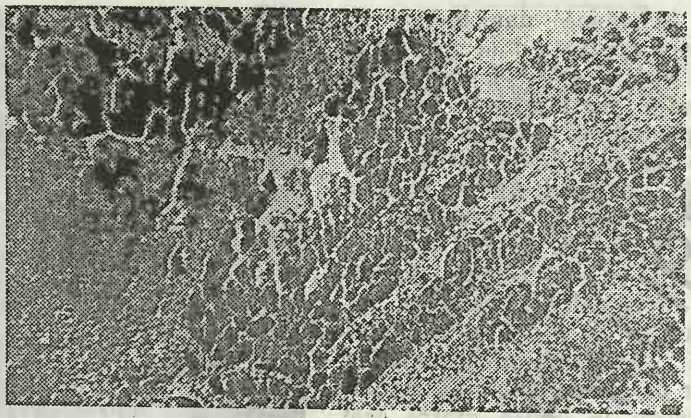


Fig. 19. Infarct de miocard (aspect microscopic).

eforturi după debutul bolii. Statistic, în infarct moartea se produce în 26% cazuri prin șoc, în 20% prin ruptura cordului (datorită acțiunii colagenolitice a leucocitelor), în 18% prin tulburările de ritm, în 13% prin insuficiența cardiacă. Se mai poate muri prin ruptura septului interventricular sau a unui mușchi papilar.

În circa 20% din cazuri, la necropsie se constată cicatrice de infarct și atunci moartea se explică printr-o tulburare de ritm, cînd cicatricea afectează sistemul de conducere sau de excitație al cordului. Deseori, în antecedentele celor decedați și la care se constată cicatrice miocardice, nu se reține nici o suferință de tipul infarctului miocardic.

Examenul microscopic în infarct relevă pierderea glicogenului și ieșirea potasiului din celulele miocardice, ceea ce constituie începutul dezagregării mitocondriilor (primele 3—5 ore) și al creșterii lizozomilor cu diminuarea ATP-azei. Apare apoi edemul stromei, vacuolizarea mitocondriilor, miofibrilei, iar la 6 ore constatăm leucocite în lichidul de edem. Se acumulează MP acide. Excesul de catecolamine prin hipoxia consecutivă duce la necroză (tabelul 9). În general, explorarea morfologică a cordului în moartea subită arată zone de ischemie (palide, mate, galbene, ușor deprimate), pierderea succindehidrogenazei, apariția de fibre ondulate, reacția Lie pozitivă și specifică pentru ischemie. Explorarea sistemului de conducere arată fibroelastoza nodulului sinuzal (formațiune musculo-vasculo-nervoasă cu celule de tip P și funcție de peace maker și celule tip M), modificări în ganglionii paranodulari ce explică instabilitatea electrică (mai ales la cei cu interval Q-T lung). De asemenea, se constată modificări ale plexurilor adrenergice (cu depleția lor în catecolamine) și colinergice. Microscopia electronică a relevat segmentarea miofibrilelor prin lezarea mitocondriilor, dilatarea chistică a discurilor intercalare ce produc întîrzieri în conducere etc.

Nu rareori se moare prin tulburări de ritm consecutive cicatricelor după infarct (planșa I, fig. 4) sau miocardosclerozelor (fig. 20; planșa I, fig. 5) cu grave suferințe secundare ale miofibrilelor (vacuolizări, nuclei atrofo-hipertrofici etc.).

Riscul de moarte subită prin accidente cardiace a coborît în ultimii 10 ani la grupa de vîrstă de 40—50 de ani. Asistăm la o deplasare a frecvenței acestui accident către vîrste mai tinere, fapt ce justifică afirmația că după 40 de ani „omul sănătos este un coronarian ce se ignoră". La vîrste mai tinere deci, moartea subită se poate produce și prin accidente coronariene (doar 5% din

Tabelul 9.

Evoluția infarctului de miocard în funcție de timp (Sandriter)

Interval	Macroscopic	Microscopic	Alte modificări
15 secunde	—	—	Modificări ECG (experim.)
30—60 minute	—	Edemul fibrelor	Alterări la microscopul electronic. Absorbția apei
2 ore	—	Hialinizarea fibrelor (omogene, cozinofile)	Pierdere de potasiu pînă la 24 ore Creșterea proporției de sodiu Diminuarea enzimelor ciclului Krebs la nivelul infarctului
3 ore	—	Picături în sarcoplasmă. Degenerescență grasă.	
4 ore	Reacția negativă a TTC	Necroză	
6 ore	Țesutul puțin mai clar	Reacția leucocitară	—
9 ore	Galben, uscat, ferm	Necroză completă	—
18—24 ore	Galben, uscat, ferm	Necroză completă	Creșterea valorii serice a enzimelor
2—3 săptămîni	Țesut de granulație roșu	Țesut de granulație	—
5 săptămîni la 2 luni	Scleroză, cicatrice Alb ferm	Țesut cicatricial	—

bătrîni nu prezintă leziuni de ateroscleroză coronariană iar la 25% din cei între 25—30 de ani se constată leziuni importante de ateroscleroză). Cercetările de la noi din țară (Velican și colaboratorii) relevă următoarea evoluție a aterosclerozei: între 6—10 ani apar leziunile fibromusculare la zonele de bi-

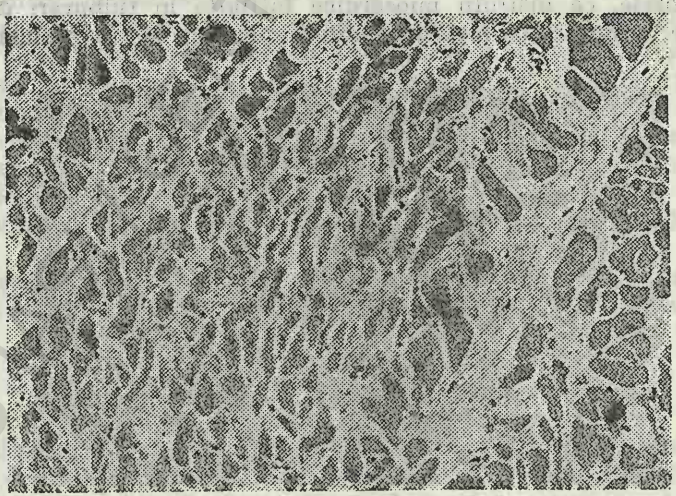


Fig. 20. Miocardoscleroză (microscopic).

furcare, leziuni ce pot îngusta lumenul pînă la 30% (e o înlocuire a țesutului elastic al perniţelor intimale cu colagen), între 11—15 ani apar primele striuri lipidice microscopice, între 16—20 ani apar primele plăci aterosclerotice, între 21—25 ani se produce necroza centrală a plăcii ce evoluează spre aterom, între 26—30 ani 40% din persoane au plăci aterosclerotice, între 31—35 ani 60% și între 36—40 ani 70%.

Alteori, moartea subită la tineri se produce prin diferite tipuri de miocardite, mai ales reumatismale, gripale, prin afecţiuni congenitale sau ereditare etc.

Moartea subită prin cord ridică în mod imperios necesitatea cunoașterii factorilor de risc care pot face profilaxia acestui tip de moarte nemeritată, nemotivată. Dintre atare stigmate predictive reținem hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arterială, tensiunea psihică (excesul de prudență, stările conflictuale cu exces de competitivitate, de responsabilitate sau de sentimente de culpă), obezitatea, anomaliile EKG (hipertrofia stîngă crește riscul decesului subit de 5 ori, alungirea intervalului QT duce la formarea de centri ectopici de excitaţie ce predispun la fibrilaţie ventriculară — ca și în sindromul Jerwell — Lange), excesul de alcool și cafea etc.

Colagenozele miocardice ca și miocardosclerozele, prin strangularea miofibrelor consecutiv degenerescenţei fibrinoide sau sclerozei țesutului conjunctiv, pot fi la originea unor tulburări de ritm sau chiar a unor rupturi spontane de cord ce explică moartea subită (fig. 21). Cum atare miocardoscleroze se întîlnesc mai frecvent la persoane vîrstnice, o serie de criterii vor atesta involuţia cordului și implicaţia sa în deces: criterii anatomice (creşterea volumului VS, a greutăţii cordului, indurarea și calcificarea valvulelor, diminuarea mușchilor papilari, degenerescenţa nodulului AV etc.), fiziologice (scăderea adaptării la efort, prelungirea expulziei, creşterea perioadei izometrice a contracţiei, tulburările de contractilitate prin ateroscleroză), electrocardiografice (creşterea intervalului PQ, aplatizarea și alungirea undei P etc.), radiologice (cord în gît de lebădă), coronarografice (sinuozităţi și anastomoze coronariene) și clinice (scăderea frecvenţei, sufluri etc.).

Boala Lénegre implică o hemoragie interstiţială cu scleroza hialină a sistemului de conducere miocardică, care, de asemenea, poate explica moartea subită.

Miocardozele, ca distrofii miocardice întîlnite în tulburări de nutriţie, avitaminoze, tulburări ale metabolismului ionic etc., pot de asemenea explica

Fig. 21. Colagenoză miocardică (microscopic).

moartea subită. În cadrul acestora se descrie miocardia puerperală, ca un sindrom cortico-cardiac de privare hormonală, ce poate determina moartea subită la lehuze. Miocardozele necesită însă o autopsie precoce pentru a evita confuzia leziunilor vitale cu modificările autolitice postletale.

Moartea subită prin inimă se produce prin multiple alte entități nosografice, cum ar fi miocardita electrolitsteroidă consecutivă eliminării excesive și repetate de catecolamine cu ocazia diferitelor stressuri (atare eliminări repetate produc îngroșarea inimii cu 0,5 mm), prin miocardite Fiedler unde frapează infiltratul plasmocelular al miocardului (de natură virală sau alergică?), prin sindrom Marfan (anevrism disecant de aortă), prin WPV sau prin diferite anevrisme ale vaselor inimii. Dintre acestea reținem îndeosebi următoarele entități:

— cardiomiopatia alcoolică datorită excesului de acetaldehidă, aldehidă alifatică rezultată din metabolismul alcoolului, cu efecte toxice asupra enzimelor fibrelor miocardice. Acțiunea acetaldehidei în excesul de alcool sau tratamentul etilismului cronic cu disulfiram produce tahicardie, alungirea intervalului QT cu riscul aritmiilor ventriculare. Acetaldehida are și acțiune toxică directă de prelungire a repolarizării sau prin eliberarea de catecolamine, ce pot produce leziunea de miocitoliză Baroldi cu ondularea miofibrilelor ce preced necroza. Pledează pentru o astfel de miocardopatie fibrilația atrială și extrasistolele, miocardul palid cu dungi de fibroză și endocard îngroșat, hipertrofia ce alternează cu atrofia miofibrilelor, vacuolizările, zonele Lie pozitive, acumularea de MP în nodulul AV și septul interventricular, anomaliile discurilor intercalare ce explică tulburările de conducere, lezarea mitocondriilor etc. Dar moartea subită la etilici se produce și prin hipoglicemie cu hipokaliemie și aritmii, aspirație de alimente, intoxicații cu metanol, etilenglicol, hemoragie acută pancreatică, comă etilică, colaps, hipotermie, pneumonii ambulatorii, hemoragii meningeale etc.;

— cardiomiopatia uremică la cei dializați;

— lipomatoza cardiacă cu atrofia fibrelor;

— miocardopatia hipertrofică obstructivă (boala Teare) cu hipertrofia VS și a septului interventricular cu asimetrie, scăderea complianței (distensibilității ventriculului) și obstrucția funcțională subaortică la sfîrșitul sistolei. Scăderea bruscă a debitului sistolic prin defect de umplere generează fibrilații ventriculare cu sincope și exitus;

— endocardite infecțioase cu leziuni vegetative pe fața atrială a valvulei mitrale și ulcerative pe cea ventrală a sigmoidelor cu embolii septice, perforații de sept, ruperea cordajelor sau infarcte prin embolii septice;

— cardiopatii congenitale cu șunt stîng-drept sau drept-stîng;

— anevrismul disecant de aortă (medio-necroza aortică) prin hipertensiune sau stenoza istmului aortei și distrofia țesutului elastic de natură genetică (sindrom Marfan);

— anevrismul sinusului Valsalva ce se poate rupe în cavitățile drepte cu exitus;

— ischemiile miocardice din pancreatite acute ce se datorează acțiunii amilazei și hipokaliemiei, șocului sau substanțelor rezultate din necroza pancreasului.

Moartea subită prin pulmon

Edemul pulmonar este una din cauzele frecvente de moarte subită pulmonară, dar, de regulă, el este un epifenomen al unor afecțiuni cardiace (insuficiența acută a cordului stîng) sau alteori al unor intoxicații, traumatisme cra-

niene închise etc., ce necesită explorări adecvate pentru precizarea cauzei și felului morții. Cordul pulmonar acut dă moarte subită prin embolii pulmonare, consecutive tromboflebitelor, prin infarct pulmonar ca în emboliile arteriale etc.

Emboliile pulmonare, cruorice sau necruorice (prin grăsime ca în fracturi și echimoze întinse etc., prin aer ca în avort, plăgi venoase etc., prin fragmente de colesterol din plăcile de aterom, prin paraziți, emboliile amniotice la gravide sau tisulare din citolize, emboliile neoplazice sau cu aur coloidal etc.) pot fi la originea unor infarcte pulmonare cu risc de moarte subită. În general, suprimarea a 50% din patul arterial pulmonar duce la moarte subită, riscul acesteia depinzînd de mărimea embolului, întinderea infarctizării și asocierea unor reflexe consecutive plecate de la zona infarctizată la pulmonul opus, la bronhii sau chiar la coronare. Infarctul pulmonar cruoric obligă la cercetarea trombozei venelor periferice cu care fac o singură entitate. Astfel, tromboembolia pulmonară reprezintă o alterare a mecanismelor de fluiditate sangvină cu desprinderea și migrarea unor trombi din vasele periferice spre cordul drept și oprirea lor în ramurile arterei pulmonare. Alteori, prin șunturile arterio-venoase pulmonare, prin plexurile rahidiene sau prin comunicările interventriculare, trombii pot depăși acest nivel, producînd embolii cerebrale, coronariene etc. Consecințele acestor infarctizări sînt variate, de la moartea subită la suprainfectarea infarctului. În vasele periferice se va căuta trombusul venos format dintr-o succesiune de benzi leuco-trombocitare (striații Zahn) cu depozite fibrinoase bogate în hematii. Cheagul vital va fi dur, stratificat, va dilata lumenul vasului, va fi aderent de vas, față de cel cadaveric ce este strălucitor, elastic, lucios, ramificat. Coborîrea intempestivă din pat, schimbarea bruscă a poziției, efortul de defecație, mai ales postoperator, explică migrarea acestor trombuși, iar triada Allen, tusea și hemoptizia suspicionează embolia pulmonară. Atare eforturi au un efect Valsalva cu oprirea respirației în inspir și un expir cu glota închisă, fapt ce crește presiunea venoasă generală. Infarctul pulmonar va apărea ca un infiltrat hemoragic edematos, urmat de necroza teritoriului cu circulația întreruptă. El va avea culoare roșie-brună, aspect apoplectic, cu o zonă centrală roșie, una mijlocie roză și alta periferică galbenă. Nu crepită și cade la fundul apei. Edemul pulmonar concomitent se datorește insuficienței ventriculare stîngi. Necropsic, cordul drept și artera pulmonară se vor deschide in situ și se vor diseca și cava, iliacele, tibiala, încercînd permeabilitatea lor prin comprimarea gambelor și coapselor. Radiografia și angiopneumografia postmortem, după tehnica Tompsett sau Fauvet, au deseori utilitate în scop diagnostic. În artera pulmonară, trombusul va apărea pliat, tasat ca o meșă, ca un cilindru brungălbui, cu amprenta valvulelor venoase și cu dilatații moniliforme după vena în care s-a format. De regulă, tromboemboliile mari sînt mai frecvente după intervenții chirurgicale, iar cele mici, distale, mai frecvente la cardiaci. Moartea se explică fie prin teoria mecanică a lui Wirchow (blocarea circulației arteriale pulmonare produce o distensie cu dilatarea cordului și cu exitus prin cord pulmonar acut, cu prăbușirea debitului cardiac și insuficiență coronariană), prin teoria reflexogenă a lui Villaret (vasodilatația bruscă reflexă cu hemoragie prin eritrodiapedeză și iritația vagului ce produce bronhospasme și dispariția surfactantului pulmonar cu atelectazie), prin teoria umorală (serotonina ce rezultă din distrugerea plachetelor sangvine duce la vasoconstricție pulmonară și bronhospasme) sau, în sfîrșit, prin teoria embolizării vaselor cerebrale consecutiv trecerii cheagului în circulația sistemică. În circa 40% din cazuri, examenul necropsic este alb (embolii fără embol) iar în circa 70% din cazuri, trombembolia pulmonară nu se depistează clinic (fiind caracteristic

debutul simptomelor pulmonare cu cianoză marcată la ridicarea din decubit), fapte ce lasă loc interpretării intervenției unor mecanisme funcționale în geneza morții (fig. 22). Prin atare constatări, teoria reflex nervoasă își găsește confirmarea. Dacă în situația constituirii infarctului se moare, mai frecvent, prin edem pulmonar, în emboliile în care domină tulburările funcționale se moare mai frecvent prin tulburări de ritm cardiac.

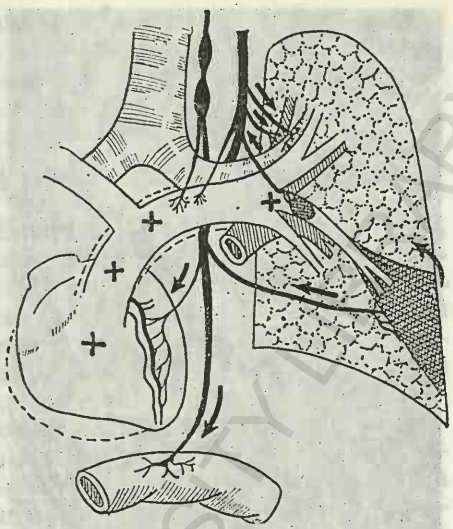


Fig. 22. Reflexe patologice în cadrul emboliei pulmonare (De Tekuts).

Diagnosticul medico-legal necropsic va trebui să diferențieze cheagul vital de cel agonal sau cadaveric prin aderența trombului de perete, prin infarctul consecutiv și sursa emboliei în venele periferice (în cazul leziunilor vitale). Sub acest aspect, trombusul poate fi de conglutinare (cu trombocite și leucocite în fibrină), de coagulare (cu hematii în fibrină) și mixt.

Dintre celelalte tipuri de embolii, mai frecvente sînt emboliile grase, care, de regulă, apar după traumatisme variate, cînd grăsimea este împinsă din teritoriul traumatizat în circulația sangvină (teoria mecanică) sau prin emulsionarea lipidelor serice cu formarea de globule de grăsime (teoria umorală). Aceste embolii, ca și altele, produc hipertensiune pulmonară cu reflex Jarisch-Bezold (apnee și hipotensiune în marea circulație) ce poate fi tanatogenerator.

Moartea subită prin plămîn se întîlnește și în cadrul astmului. Deși boala conferă „un brevet de viață lungă", pot surveni accidente letale, fie prin sufocarea cu mucus în timpul crizei, fie prin complicații de tipul pneumotoraxului spontan sau insuficienței respiratorii acute (moartea subită iatrogenă), consecutiv tratamentului inadecvat cu morfină, spray-uri antiastmatice etc.

Alte entități pulmonare ce pot duce la moarte sînt complicațiile chistului hidatic de tipul rupturilor și șocului anafilactic, pneumotoraxului acut sufocant, pneumopatiilor virotice mai ales formele hemoragice etc. De reținut infecțiile pulmonare și pleureziile la tarați ca, de exemplu, pneumoniile ambulatorii la etilicii cronici.

Moartea subită se poate produce și prin afecțiuni abdominale. De exemplu, unele pancreatite acute, cu debut rapid și simptomatologie mai puțin zgomotoasă (de exemplu, la etilici datorită anesteziei etilice) pot produce moarte subită, cînd se invocă, de asemenea, un mecanism funcțional (reflexe pancreato-coronariene).

De menționat că etilicii în comă pot deceda și prin insuficiență respiratorie centrală ori periferică (obstrucția căilor respiratorii prin lichide de vărsătură), bronhopneumonie *a frigore*, hipotermie, sindrom Mallory — Weiss (ruperea vaselor gastrice prin vărsături cu hemoragii), decompensarea unei insuficiențe cardiace etc. Examenul microscopic va diferenția hemoragiile și necrozele vitale de imbibițiile și autolizele postletale. Caracterul infiltrativ al hemoragiei, existența petelor de citosteatonecroză, examenul microscopic cu necroze cenușii (glandulare), roșii (hemoragice) sau galbene (steatozice)

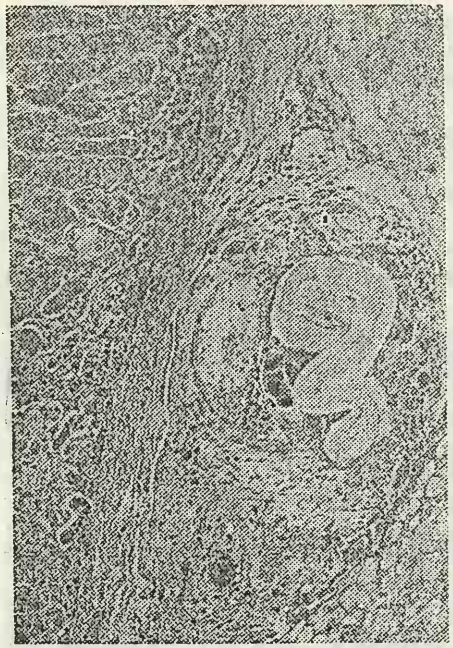


Fig. 23. Embolie parazitară prin membrane cuticulare.

sînt elemente în sprijinul diagnosticului de hemoragie pancreatică vitală. Frecvent, moartea subită se poate produce prin rupturi de splină patologică (exemplu în leucemii cu infiltrat leucocitar și distensia sinusurilor), rupturi de anevrisme de aortă cu hematoame retroperitoneale, rupturi de sarcini extrauterine, rupturi uterine, mai ales în cazul placentelor percreta sau chiar rupturi spontane hepatice ca în cazul necrozelor acute etilice, toxice, hemangioame hepatice, chiste, tumori, ciroze, hamartroame. Cu cît ficatul este mai turgescent, leziunile sînt mai posibile.

Rupturile spontane esofagiene se pot întîlni în ulcerații de tip Mallory-Weis, hipertensiune portală, prin exces etilic și la un efort de vărsătură.

Prin sindrom Reye se individualizează moartea subită consecutiv encefalopatiei acute cu steatoză hepatică de natură virală, mai rar traumatică. Apoplexiile suprarenale din cadrul diferitelor infecții (virale, bacteriene) pot da de asemenea moarte subită (fig. 23).

Moartea subită prin afecțiuni cerebrale se întîlnește mai frecvent în cadrul hemoragiilor subarahnoidiene, hematoamelor subdurale cronice, hemoragiilor cerebro-ventriculare din hipertensiune sau ateroscleroză, rupturilor de anevrisme cerebrale etc. (fig. 24, 25). Emboliile cerebrale au cauze în fibrilația atrială, stenozele mitrale, infarctul miocardic, protezele valvulare, endo-

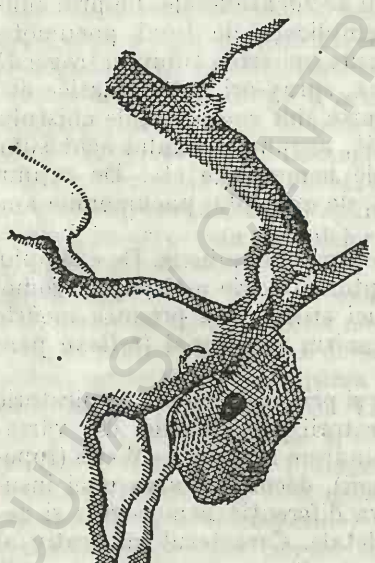


Fig. 24. Anevrism vascular rupt.

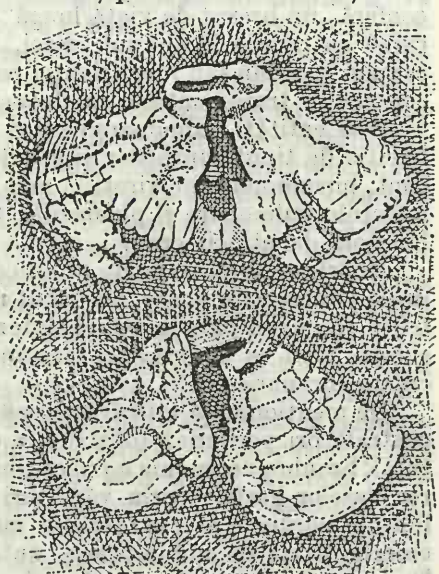


Fig. 25. Hemoragie patologică în ventriculul IV.

carditele bacteriene, contraceptivele orale etc. În unele cazuri de moarte suspectă (de moarte fără asistență) este necesară cercetarea radiografică și apoi morfologică a coloanei vertebrale cervicale pentru evidențierea unor leziuni la acest nivel.

Moartea subită la copii

Aproximativ 10% din mortalitatea infantilă se produce în mod subit, fapt ce atestă rezervele de combatere a mortalității infantile prin cunoașterea acestui fel de moarte. Este ceea ce clasic se numește „moarte în pătuț" („cot death") și care constituie o surpriză pentru anturaj, deoarece anterior copilul nu prezenta nici un simptom de boală. În aproximativ 90% din cazuri, moartea subită la copii are loc între 7 luni și un an, fapt ce se explică prin scăderea gammaglobulinelor și titrului anticorpilor materni.

Dacă la adult moartea subită se produce mai frecvent prin afecțiuni cardiace, la copil moartea subită se produce mai frecvent prin afecțiuni pulmonare. Pulmonul este organul de răspuns la diferite tipuri de agresiuni din această perioadă. O serie de factori favorizanți explică frecvența morții subite la copil prin afecțiuni pulmonare: bogăția pulmonului în țesut mezenchimal ce constituie un apel pentru virusuri, existența atelectaziilor fiziologice de vîrstă (așa-numitele prepneumonii Reiberg), reglarea nervoasă deficitară a pulmonului etc.

Moartea subită prin afecțiuni pulmonare se produce, frecvent, prin pneumopatie interstițială în cadrul unuia din stadiile sale de evoluție: vasculocirculator, exsudativ, proliferativ-descuamativ și alterativ-distrofic. Formele hemoragice și hipertoxice sînt recunoscute ca producînd morțile subite cu intervalul cel mai scurt de supraviețuire. Deseori însă necropsia este albă, fapt ce determină la explicarea funcțională a morții subite. În atare cazuri, sînt citate bronhospasmele și atelectaziile pulmonare reflexe, care pleacă de la cele mai banale situații, cum ar fi un catar al căilor aeriene superioare, injecții, spaime brutale etc. Diagnosticul medico-legal al unei pneumopatii tanatogeneratoare obligă totdeauna la o confirmare microscopică.

Alteori, moartea subită prin plămîn se produce imediat după naștere, prin pneumonii de aspirație a lichidelor de facere (cînd examenul microscopic va decela existența elementelor acestui lichid în plămîn), prin boala membranelor hialine consecutiv aspirării lichidelor de facere sau scăderii surfactantului pulmonar cu producerea de atelectazii letale (fig. 26), prin fibroză

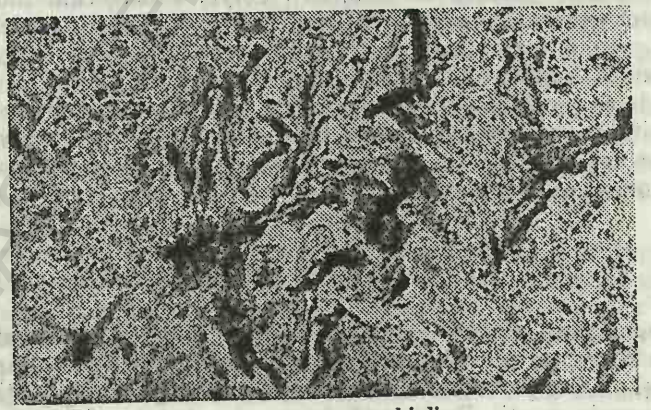


Fig. 26. Membrane hialine.

pulmonară difuză în cadrul sindromului Hamman-Rich sau chiar prin pneumonii congenitale (fetale), atunci cînd moartea are loc în primele 24—48 de ore de la naştere. Infectarea pulmonului, în aceste condiţii, se face fie pe cale hematogenă (dovadă topografia perivasculară a leziunilor), fie pe cale bronhogenă, din lichidul amniotic (dovadă topografia peribronşică a leziunilor).

În ultimul timp se discută sindromul imobilităţii ciliare cu imposibilitatea transportării mucusului din bronhii în faringe (clearance mucociliar) şi infecţii cronice recurente pe acest fond de stagnare, precum şi apneea din timpul somnului, înregistrată poligrafic şi care poate duce la oprirea respiraţiei. Apneea poate fi centrală sau locală (obstructivă) şi este din ce în ce mai admisă ca stînd la originea morţilor obscure.

Edemul cerebral prin reducerea ventilaţiei pulmonare poate antrena hipoxia şi moartea, un număr de markeri morfologici atestînd această hipoxidoză (îngroşarea arteriolelor pulmonare, persistenţa eritropoiezei extramedulare, glioza trunchiului cerebral, hiperplazia ţesutului cromafin al suprarenalei etc.).

O altă cauză frecventă de moarte subită la copil sînt hemoragiile de suprarenală din cadrul afecţiunilor gripale, meningococice etc. Ceea ce înainte se punea pe seama stării timiolimfatice (hipertrofia timusului fiind considerată frecvent drept cauză de moarte subită), în realitate, s-a demonstrat a fi vorba de hemoragii suprarenale de diferite etiologii cu sau fără sindrom de iritaţie Reilly.

Unii autori, frapaţi de caracterul alb al unor necropsii în cazul morţilor subite la copii, au căutat să stabilească o relaţie funcţională între alte stări morbide şi deces. Astfel, s-a stabilit că scăderea calciului cu 1 mg duce la lungirea intervalului QT cu 10%. Într-o atare situaţie, orice excitaţie vagală bradicardizantă ce survine în acest interval (de exemplu o vărsătură) poate produce un stop cardiac.

Alţi autori au conturat tabloul unei adevărate morţi imunologice la copil, fapt demonstrat prin scăderea globulinelor de la 0,9 la 0,3 g%, sau prin cercetări experimentale pe cobai, cînd, administrarea repetată de proteine ale laptelui străin a produs sensibilizarea şi apoi accidentul anafilactic. În serul copiilor cu intoleranţă la laptele de vacă, tehnicile radioimunologice au descoperit anticorpii antilapte.

În moartea subită la copil s-au evidenţiat apoi, în circa 40% din cazuri, anomalii cromozomice cu rupturi de cromatide care, probabil, favorizează evoluţia letală a altor stări patologice.

În sfîrşit, unii autori au încercat să încadreze moartea subită la copil în cadrul sindromului general de adaptare Selye, considerînd moartea subită ca un răspuns general specific la diferiţi agenţi stressanţi nespecifici, răspuns manifestat prin epuizări în secreţia celulară a glandelor endocrine, limfoliză în organele limfatice, infiltrat limfocitar etc.

Multitudinea teoriilor etiologice a morţii subite la copil (peste 100) invedereză necesitatea cunoaşterii cît mai bine a leziunilor (prin examinarea a cît mai multe cazuri) pentru a o recunoaşte adecvat şi a o incrimina astfel ştiinţific în patomecanismul morţii.

MOARTEA FUNCŢIONALĂ

O problemă mult discutată în literatura de specialitate se referă la situaţiile în care necropsia morţii subite nu constată nici o leziune macro- sau microscopică şi cînd expertul este determinat a recurge la explicaţii funcţionale privind patogenia morţii. Desigur că, în epoca actuală, a biologiei moleculare,

aprofundarea substratului biochimic, imunologic, histochimic etc. al unor astfel de necropsii albe va preciza mai adecvat relația dintre substrat și funcție în geneza acestor tipuri de morți. Oricum, realitatea unor reflexe patologice în geneza unor accidente, chiar letale, este incontestabilă. Se știe astfel că excitarea vagului este în măsură să ducă la oprirea inimii în diastolă, așa cum se întîmplă în lovirile abdomenului (reflex Goltz), după cum excitarea nervului laringeu superior, prin atingerea de exemplu a mucoasei respiratorii cu o substanță iritantă (cloroform), poate duce la oprirea respirației (reflex Holmgren). De asemenea, la introducerea unei canule în uretere se poate produce o inhibiție renală, la o puncție pleurală o inhibiție respiratorie etc. În unele hiperkaliemii prin abuz de diuretice, se poate produce o oprire brutală a cordului (moartea metabolică), după cum în „înțărcările" brusce la propranolol se poate produce, de asemenea, un stop cardiac. Toate aceste situații pot fi încadrate în categoria morților funcționale sau prin inhibiție, cînd survin ca o consecință a unor excitanți traumatizanți reflecși (la lovirea gîtului, în cazul unor tumori sau hipersensibilități ale corpusculului carotidian se pot produce sincope letale) sau psihici (ca în cazul emoției sau fricii). Morțile funcționale nu trebuie deci confundate cu unele morți violente sau patologice dar fără leziuni (morți prin inhibiție, embolie, hipoglicemie, electrocuție, frig, unele intoxicații etc.).

Ca mecanism patogenic, se admite că, în aceste împrejurări, producerea morții s-ar putea explica în două moduri:

— fie printr-un stop cardiac, fiind cunoscut faptul că orice stimulare vagală (exemplu vărsătură, laringoscopie etc.), pe un cord hipoxic poate avea un atare efect;

— fie prin fibrilație ventriculară, știut fiind că orice tulburare de ritm ce scade debitul cardiac sub o anumită limită (în general sub 40%), poate genera o tulburare gravă de ritm. Dar aproape întotdeauna atare mecanisme patogene recunosc factori favorizanți de tipul constituției neurovegetative fragile (hipersimpaticotonii) sau al unei constituții umorale particulare (ex. tetanie).

Una dintre entitățile nosologice frecvent recunoscute ca producînd moarte funcțională este sindromul de hiperreflectivitate sinocarotidiană (SHSC). Acest sindrom se produce fie la loviturile banale ale regiunii cervicale, cînd este etichetat ca o moarte prin inhibiție, fie în hematoamele compresive ale corpusculului carotidian, în tumori de glomus carotidian, ateroscleroză etc. Sindromul are trei forme clinice, și anume: o formă cu bradicardie progresivă pînă la stop cardiac (reflex Hering), o formă cu hipotensiune progresivă urmată de colaps și o formă cu disocierea circulației cerebrale de cea generală, în scopul asigurării irigației funcțiilor vitale (forma vagală, colapsoidă și cerebrală). Astfel, într-o hemicorporotomie totală, funcțiile vitale s-au menținut timp de 30 de minute, grație unui atare mecanism reflex. Se estimează că aproximativ 10% din subiecți prezintă o sensibilitate crescută a corpusculului carotidian la diferiți agenți traumatizanți banali. Starea de „drop attack" (cădere fără vertij și fără pierderea cunoștinței) din blocurile AV, sindromul suferinței sinuzale etc. nu se vor confunda cu SHSC.

Sincopa este o altă stare funcțională tanatogeneratoare, motiv pentru care este echivalentă cu moartea aparentă și alți autori, dacă numesc lipotimia drept moartea cea mică, denumesc sincopa ca moartea cea mare. Prin urmare, în sincopă moartea este posibilă, de unde necesitatea unei intervenții prompte.

Sincopele se datoresc unui debit cerebral scăzut ca urmare a scăderii debitului cardiac și au, de asemenea, multiple cauze patologice. În general,

după oprirea cordului, la 10″ se pierde cunoștința, la 15″ dispar reflexele corneene, la 30″ dispare activitatea electrică a inimii pe ECG și la 60″ dispare respirația.

Sincopele recunosc multiple clasificări și etiologii, în genere producîndu-se după traumatisme banale ce acționează pe zone reflexogene (epigastru, scrot, col uterin etc.), după diferite anestezii (cu eter, evipan, cloroform) sau după diferite manevre instrumentale, cum ar fi dilatația anală, punctiile diverse, pensarea colului uterin, injecția cu strofantină etc. În injecția nediluată cu strofantină se poate produce și o insuficiență excitomotorie acută a inimii. Prin sindrom Roskam se înțelege producerea unei asistolii de circa 10″ ce duce la pierderea cunoștinței și sincopă. Sincopa din sindromul Adam-Stockes este letală în 4% din cazuri prin bradicardie extremă sau fibrilație ventriculară.

Iritația sistemului nervos vegetativ poate produce un sindrom Reilly sau chiar leziuni intestinale cu edem, hemoragii sau perforații.

Hipercalcemia poate produce un spasm laringian, după cum hiperkaliemia deprimă sistemul de conducere miocardic, putînd produce oprirea cordului în diastolă.

În cadrul morții subite funcționale se poate discuta și rolul emoțiilor puternice, al stress-urilor psihice, ca favorizînd instalarea sa (moartea psihogenă). Acest gen de moarte este cunoscut încă din antichitate. Unul din cei 7 învățați ai Greciei, Lacedemonian, moare de bucurie la auzul victoriei olimpice a fiului său. Hunter afirma că viața sa era la discreția cuiva ce-l înfuria. Alteori numai semnificația actului ca fiind un tabu poate ucide (moartea de tip Woodoo studiată de antropologi ca Levy — Strauss) prin influențe psihosomatice extreme. Aceasta poate fi o dovadă a faptului că uneori „integritatea fizică nu rezistă condamnării sociale".

Emoția (frica) este considerată ca cel mai traumatizant agent al sistemului nervos, care poate favoriza moartea prin două mecanisme:

— fie prin inhibiția țesutului de conducere al inimii, cînd orice stimulare vagală poate produce o bradicardie progresivă cu bloc atrioventricular și sincopă letală;

— fie prin creșterea excitabilității inimii, cînd orice tahicardie înseamnă de fapt o oxigenare insuficientă a cordului și implicit o ischemie, ce determină intrarea în acțiune a unor focare ectopice ce generează fibrilații ventriculare letale.

Multiple relatări medicale oferă supoziții în sprijinul rolului fricii și emoției acute în geneza morții subite. În unele triburi, cînd se comunică unui subiect că a consumat un aliment prohibit, acesta poate face un accident letal acut. Din cei mușcați de șerpi veninoși, se pare că numai 50% prezintă mușcături reale, restul murind de frică; și în unele basme populare orientale circulă versiunea că „ciuma poate omorî prin frică". Apoi multiple cazuri izolate pledează pentru rolul emoției acute în geneza accidentelor subite.

Moartea favorizată de frică presupune însă, în realitate, un substrat premorbid, cel mai frecvent coronarian sau o hiperreactivitate vegetativă particulară cînd, pe un cord hipoxic și fără supleță vasculară, orice exces de catecolamine, consecutiv unei emoții brusce, poate produce un stop cardiac. Chiar și medicul A. Bombard spunea că în situații de impas vital, ceea ce este mai traumatizant nu-s fenomenele consecutive, de exemplu, naufragiului la care s-a expus (scăderea constantelor fizice, sangvine, umorale etc.), ci frica, de unde și recomandarea sa de a fi totdeauna, în astfel de împrejurări, „mai dîrz decît marea".

În cadrul morții subite, unele manuale de medicină legală tratează și moartea subită intraoperatorie ca fiind o moarte suspectă ce impune clarificarea cauzelor sale. Dacă în cadrul morții suspecte în general, se constată, de regulă, morți subite, traumatisme camuflate (cranio-cerebrale producătoare de comoții, vertebro-cervicale producătoare de paralizii respiratorii, cardiace producătoare de spasme, cervicale producătoare de hemoragii subarahnoidiene în zona cerebeloasă și medio-cerebrală), reflexe vagale (la puncții, avort etc.), intoxicații diverse, morți prin frică (în măsură să producă extrasistole, tulburări de ritm, spasme coronariene etc.), în moartea subită intraoperatorie întîlnim drept cauze accidentele anestezice, emboliile pulmonare, emboliile grase sau gazoase, rupturile de anevrisme, infarctele miocardice ce, apărînd în orice condiții de viață, nu au legătură cauzală cu intervenția etc. Alteori, moartea poate avea însă relație cu traumatismul operator, cînd se produce de exemplu prin aspirarea sîngelui sau a vărsăturilor, prin anestezie, șoc operator, reflexe mezenterice, transfuzii incompatibile etc. Astfel, emboliile gazoase se pot produce în intervenții pe venele gîtului, pe sinusurile venoase cerebrale etc. cînd bulele de aer se vor comporta rigid, ca o particulă solidă, producînd un sînge spumos în cordul drept sau trecînd în circulația mare și producînd o moarte apoplectică. După Dérobert, moartea subită intraoperatorie poate fi accidentală (cu o frecvență de 1/2600 intervenții, cînd se produce prin asfixie consecutiv vărsăturilor, supradozărilor anestezice, prin exces de hidratare, administrare de barbiturice la hipovolemici etc.), imprevizibilă (ca în hipertermiile maligne postoperatorii, intoleranțele medicamentoase, interferențele medicamentelor cu stări patologice inaparente etc.) sau previzibilă (cînd rezultă din neevaluarea adecvată a riscurilor operatorii).

Sub aspect medico-legal, cercetarea morții suspecte obligă, în primul rînd, la o autopsie minuțioasă, în scopul de a elimina din discuție o moarte violentă. De aceea, într-o necropsie albă, expertul va trebui să procedeze pînă la epuizare, utilizînd totalitatea explorărilor complementare, în scopul de a elimina rolul vreunei violențe în producerea morții. Numai după ce a cercetat și a eliminat toate cauzele de moarte violentă, va putea să încline spre diagnosticul de moarte patologică subită. În situația unei morți prin inhibiție, există obligația ca, în raport de criteriologia medico-legală, să se stabilească rolul și importanța agentului traumatizant în geneza morții. După unii autori, traumatismul minor are rol de cauză, cînd, pe fondul unor condiții de reactivitate particulară, produce moartea, etichetată în acest caz ca violentă. După alți autori, traumatismul are rol de condiție (declanșare, favorizare) iar cauza esențială a morții, etichetată de această dată ca patologică, ar fi reactivitatea premorbidă. Deci, după prima opinie, ne-am afla în prezența unei morți violente ce implică o soluționare judiciară, iar după a doua, în prezența unei morți patologice care iese din sfera preocupărilor ordinii de drept. Se poate lua în discuție și o teză intermediară, a leziunilor cauzatoare de moarte (preterintenție), cînd subiectul va răspunde din intenție pentru lovire și din culpă pentru efectul ce a depășit lovirea (pentru moarte), dacă, evident, autorul nu a cunoscut în prealabil reactivitatea particulară sau starea premorbidă a victimei. Ori de cîte ori traumatismul, chiar minor, deci independent de intensitatea sa, este real și se află într-o relație filială cu moartea, indiferent de starea de premorbiditate, după o criteriologie medico-legală gen *stricti juris*, se întrunesc condițiile incriminării actului de violență ca o leziune cauzatoare de moarte.

BIBLIOGRAFIE

1. Avakean A.A., *Atlas patoghenih*, Moscova, 1976.
2. Avdeev I.M., *Sudebnaia Medizina*, Gosiurizdat, 1960.
3. Bogdan G., Icard S., *Moartea şi moartea subită*, Iaşi, 1925.
4. Cecaldi P., Durigon M., *Médecine légale*, Cujas, 1979.
5. Cordun G., Scripcaru Gh., *Les glomerulopathies congénitales*, La Sem. des hopitaux, 1961, 58, 1960.
6. Delarue J., *Anathomie pathologique*, Flammarion, 1969.
7. Dérobert L., *Médecine légale*, Flammarion, 1974.
8. Desmarez J., *Médecine légale à l'usage des juristes*, P.U. Bruxelles, 1967.
9. Diculescu I., *Biologia celulară*, Editura Academiei R.S. România, 1971.
10. Dongoroz I., *Explicaţii teoretice ale codului de procedură penală român*, Editura Academiei R.S. România, 1975.
11. Dumitriu M., *Bazele gerontocardiologiei*, Editura Medicală, 1980.
12. Dumitriu M., *Geriatrie*, Editura Medicală, 1982.
13. Fica V., *Aritmiile*, Editura Medicală, 1970.
14. Fodor O., *Tratat elementar de medicină internă*, Dacia, 1973.
15. Georgăneanu M., *Patologia prenatală*, Editura Medicală, 1972.
16. Hadengue A., Loriot J., *Remarques stat, sur le cause de morts*, Méd. leg. et dommage corp., 1969, 2, 370.
17. Hadengue A., *Causes des morts subites médico-légales*, Presse méd., 1970, 42.
18. Iliescu C., Roman L., *Sindroamele coronariene*, Editura Medicală, 1960.
19. Janssen W., *Forensische Histologie*, Verlag Hamburg, 1977.
20. Karasi A. şi col., *Moartea subită coronariană*, Medicina internă, 1972, 2, 1087.
21. Kleinerman L., *Cardiopatia ischemică coronariană*, Editura Medicală, 1973.
22. Knight B., *Murder, suicide or accident*, R. Halle, Londra, 1972.
23. Knight B., *Legal aspects of medical practice*, Livingstone, Londra, 1973.
24. Martin P., *Pancreatitele acute*, Editura Dacia, 1980.
25. Mihăilescu V., *Miocardopatiile cronice*, Editura Medicală, 1973.
26. Mihăilescu V., *Bolile cardiovasculare*, Editura Medicală, 1982.
27. Mihăilescu V., *Hipertensiuma arterială*, Editura Medicală, 1966.
28. Minovici M., *Tratat de medicină legală*, Bucureşti, 1920.
29. Moga A., Hărăguş Şt., *Ateroscleroza*, Editura Academiei R.S. România, 1963.
30. Mogoş Gh., *Tromboze şi embolii*, Editura Medicală, 1976.
31. Moraru I., *Anatomie patologică*, Editura Medicală, 1980.
32. Müller G., *Der plötzliche Kindstod*, Stuttgart, 1963.
33. Oprian O., *Cardiopatia ischemică*, Editura Medicală, 1977.
34. Pellegrini R., *Trattato di medicina legale*, Cedam, Padova, 1973.
35. Perper J., Wecht C., *Microscopic diagnosis in Forensic Pathology*, Illinois, 1980.
36. Petrescu R., *Urgenţe cardiovasculare*, Editura Medicală, 1970.
37. Popescu Gr., *Medicină şi colectivităţile umane*, Editura Medicală, 1981.
38. Rulliére R., *Abrégé de cardiologie*, Masson, 1970.
39. Sandriter W., *Manuel et atlas d'histopathologie*, Masson, 1974.
40. Scripcaru Gh., *Aportul şi limitele probei medico-legale în justiţie*, I.M.F. Iaşi 1974.
41. Scripcaru Gh., *Prefaţă la Firul Evidenţei*, Junimea, 1975.
42. Scripcaru Gh., şi col., *Aspecte anatomo-patologice particulare ale morţii subite*, Medicina legală şi criminalistică, 1971, 3, 69.
43. Scripcaru Gh. şi col., *Moartea subită prin pneumopatii*, Analele Univ. Al. I. Cuza, 1960, IV, 77.

44. Schwerd W., *Rechtsmedizin*, Würzburg, 1976.
45. Simpson B., *Modern trends in Forensic Medicine*, Butterworth, Londra, 1967.
46. Saragea I., *Fiziopatologia*, Editura Academiei, R.S. România, 1982.
47. Teodorovici Gr., *Epidemiologia bolilor netransmisibile*, Editura Medicală, 1982.
48. Thorwald J., *The century of the detective*, Harcourt, New-York, 1971.
49. Thorwald J., *Crime and Science*, Harcourt, New-York, 1970.
50. Velican D. şi col., *Medicina internă*, 1981—1982.
51. Walls J., *Forensic Science. An introduction to Scientific crime detection*, Sweet and Maxwell, Londra, 1974.
52. * * * *Terapia intensivă în cardiologie*, Editura Medicală, 1981.
53. * * * *Probleme de tanatogeneză*, Galaţi, 1981.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

REACȚII VITALE ȘI LEZIUNI ELEMENTARE

Reacțiile vitale indică și delimitează leziunile produse în timpul vieții (de unde și denumirea lor) și prezintă o mare importanță în practica medico-legală. Astfel, o leziune produsă în timpul vieții poate explica o moarte violentă, dar o modificare produsă după moarte intră în domeniul infracțiunilor putative (imaginare).

Reacțiile vitale sînt definite ca reacții de răspuns, umorale sau morfologice, din partea celulelor și țesuturilor pentru care activitatea lor în viață este absolut necesară.

Reacțiile vitale se clasifică în semne vitale (care au o valoare indicativă asupra faptului că subiectul era în viață), reacții vitale (care în raport de intensitatea lor, ce atestă momentul cînd au survenit și în raport de localizarea lor ce atestă sediul agresiunii, pot fi vitale sau agonale, locale sau generale), reacții supravitale (care se referă la manifestări motorii, psihice sau de altă natură după leziuni sigur, direct și de regulă imediat mortale) și modificări postmortale (care includ toate modificările postvitale posibile: depeșaj, distrugeri de către animale, distrugeri de către vehicule după moarte etc.).

O altă clasificare se referă la reacțiile vitale ale țesuturilor și sistemelor, de la locul impactului sau la distanță, prompte și tardive, morfologice (macro- și microscopice) și biochimice, enzimatice sau funcționale etc.

Preocuparea pentru reacțiile vitale este foarte veche, încă Broca arătînd că trepanarea craniilor primitive s-a făcut în timpul vieții deoarece marginile osificărilor erau rotunjite (cicatrizate).

Dintre semnele vitale amintim împroșcarea sîngelui în plăgile arteriale, curgerea sîngelui sub formă de baltă în plăgile venoase, „ciuperca de spumă" la înecați, prezența funinginii în jurul orificiilor buco-nazale la cei surprinși de incendii etc.

Reacțiile vitale locale se referă la următoarele tipuri de leziuni:

— hemoragia tisulară este o leziune infiltrativ-hemoragică a țesuturilor moi sau a oaselor late și constituie una din cele mai comune reacții vitale. Orice leziune care se produce în timpul vieții duce la lezarea vaselor, urmată de infiltrarea și coagularea sîngelui în țesuturi, ori de cîte ori persistă circulația sangvină, cu excepția unei perioade de incertitudine, de altfel generală pentru reacțiile vitale, în care se încadrează și infiltratul hemoragic și care necesită minimum 10 minute înaintea morții și maximum 5 minute după moarte pentru a se putea constitui. Diagnosticul hemoragiei tisulare vitale se pune de regulă macroscopic, dar în caz de dubii se recurge și la confirmarea microscopică (fig. 27). Infiltratul hemoragic subtegumentar se va trăda frecvent prin prezența unei echimoze pe tegumente, echimoză vitală care se va deosebi de cea postvitală, posibilă imediat după moarte prin faptul că aceasta din urmă este mai mică, fără cheaguri de sînge, fără lecucocite și edem;

— plaga vitală prezintă sînge ce infiltrează țesuturile (cu excepția traumatismelor centrilor nervoși ce inhibă circulația și împiedică constituirea infiltratului), sînge coagulat, cu retracția marginilor etc. Dacă plaga a fost produsă la interval de maximum 15′ înainte sau după moarte, se va aplica și metoda histochimică de cercetare alături de cercetarea afluxului leucocitar, retracției fibrelor elastice etc.;

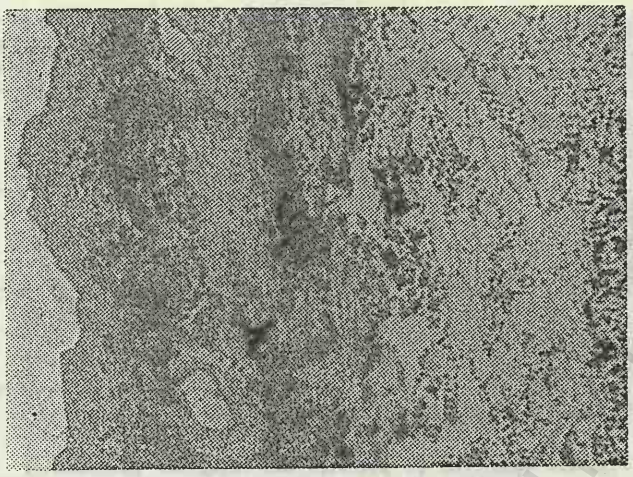


Fig. 27. Infiltrat hemoragic subepidermic.

— tromboza vitală reprezintă o coagulare a sîngelui în timpul vieții, tromboză al cărei diagnostic de reacție vitală rezultă din constatarea aderenței cheagului la vas, din consecințele trombozei, și anume infarctizarea, precum și din constatarea de exemplu a locului de migrare a unui embol etc. Trombii vitali sînt duri, elastici, uscați, mați, friabili, rugoși și aderenți, față de cei cadaverici;

— emboliile și consecințele lor sînt de asemenea un marker de leziune vitală. Emboliile pot fi și retrograde (de ex. embolii în venele cerebrale prin creșterea presiunii intratoracice sau intraabdominale) sau paradoxale (prin șunt arterio-venos, comunicare interatrială sau interventriculară). Singura embolie venoasă este cea a venei porte ce pleacă de la tromboza sa și duce la un infarct Zahn în ficat. O embolie grasă netraumatică se poate produce la etilici cu ficat gras, la un efort de tuse. Embolia gazoasă se evidențiază ca vitală prin prezența sîngelui spumos în cordul drept, gazele de putrefacție în cord apărînd după 48 de ore la 15°C (fig. 28, 29);

— infarctele (obstrucțiile arteriale) și infarctizările (cele venoase), albe (anemice, ca în organele cu circulație terminală) și roșii (hemoragice) sînt prin excelență reacții vitale. La fel ramolismentele cerebrale prin tromboză sau scăderea debitului cardiac;

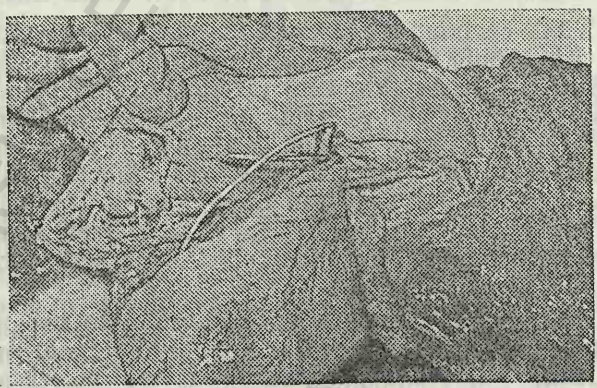


Fig. 28. Embolie cardiacă cu cateter de perfuzie.

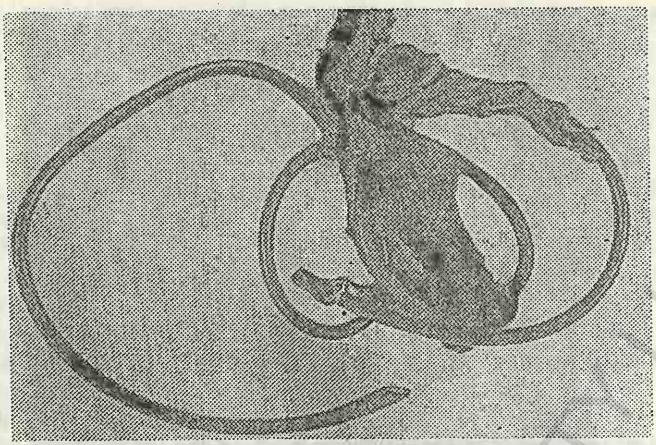


Fig. 29. Cateterul de perfuzie din imaginea precedentă.

— necrozele vitale pancreatice se vor admite ca atare după existența revărsatului serosângvinolent peritoneal (în mezouri, epiploon), a petelor de citosteatonecroză pe mezouri, epiploon, a suprafeței mozaicate a pancreasului (cu zone brune de necroză, galbene de steatoză și roșii prin hemoragie) cu aflux leucocitar la examenul microscopic. Hemoragiile vor fi totdeauna interstițiale iar reacțiile inflamatorii secundare și tardive. Coexistența cu leziuni de edem, hemoragie și necroză suprarenală, hemoragii interstițiale renale, leziuni infarctoide hepato-splenice și miocardice și cu leziuni hemoragice pericapilare în creier, întăresc convingerea de pancreatită vitală. Aceasta, deoarece, mai ales în timpul digestiei, pancreasul intră repede în autoliză și capătă o tentă roșie, dar aici vor lipsi totdeauna necrozele lipidice;

— inflamația alterativă sau proliferativă, specifică sau nespecifică, constituie, de asemenea, reacții vitale, atît prin constatarea macroscopică a inflamației și supurației cît și prin constatarea lor microscopică. Aceste leziuni inflamatorii nu trebuie confundate cu leucocitoza posttraumatică ce se produce, de regulă, la 10′ după un traumatism și constituie, de asemenea, o reacție vitală;

— cicatrizarea plăgilor constituie o reacție vitală prin excelență, deoarece arată intervenția unor procese productive care nu se pot realiza decît în timpul vieții;

— reacțiile vitale enzimatice constituie o modalitate recentă de precizare a caracterului vital al unor leziuni a căror intensitate este foarte redusă. După traumatisme banale, la care examenul macroscopic nu permite precizarea caracterului vital sau postvital al leziunilor, constatarea unor reacții histochimice pozitive, la un interval variabil de timp după producerea vătămării, constituie o modalitate importantă de apreciere a faptului dacă aceste violențe au survenit în timpul vieții sau după moarte (examenul leziunilor discrete ale gîtului în sugrumări, ale buzelor în sufocări etc.) (fig. 30). Tot așa în țesuturile traumatizate se acumulează histamină și 5-hidroxitriptamină care, după moarte, rămîn pozitive.

Reacțiile vitale generale includ anemia cadavrului din hemoragiile interne sau externe vitale, constatarea diferitelor embolii în organe, septicemia și leziunile consecutive, vehicularea planctonului acvatic în organism, aspectul organelor și constatarea carboxihemoglobinei în țesuturi și sînge în intoxica-

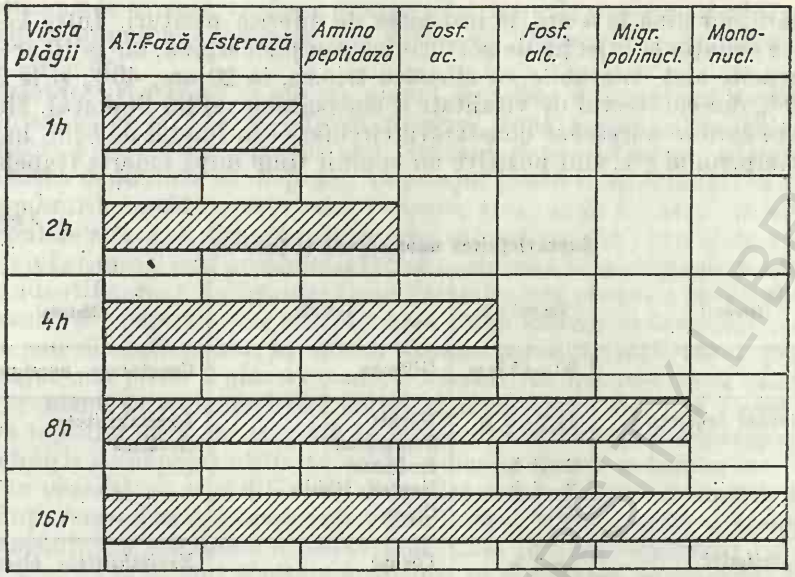


Fig. 30. Histochimia reacţiilor vitale (Raekalio).

ţiile cu CO, constatarea toxicelor în rinichi care atestă vehicularea şi eliminarea lor etc.

Reacţiile supravitale includ, de regulă, acte de agresiune, de fugă sau apărare, pe care o victimă a unor agresiuni corporale le poate executa, mai ales după leziuni grave ale organelor vitale. Ele se produc în intervalul dintre o leziune mortală şi moarte. De la început trebuie precizat că, în aprecierea acestor reacţii, nu se pot emite reguli generale anatomice, fiziologice sau patologice. Totul trebuie apreciat în speţă, de la caz la caz. Oricum, în raport de starea fizică a victimei, localizarea şi intensitatea leziunii, posibilitatea pierderii cunoştinţei, volumul pierderii de sînge etc. se poate face o apreciere mai concretă a cazului în speţă. De exemplu, fracturile coloanei lombare cu leziuni medulare, fracturile multiple de bazin, fracturile duble de coaste, ale oaselor gambei arată imposibilitatea deplasării victimei. Hemoragiile mari la cadavru arată o supravieţuire lungă. Leziunile măduvei cervicale exclud de asemenea reacţiile supravitale. În general, leziunile trunchiului cerebral dau morţi rapide, faţă de leziunile scoarţei cerebrale care nu se asociază totdeauna cu pierderea cunoştinţei, permiţînd supravieţuirea şi manifestările vitale (pînă la constituirea unui hematom extra- sau subdural, în aşa-zisul interval lucid, o persoană poate face multiple acte vitale). De asemenea, leziunile auriculare dau o moarte mult mai rapidă decît leziunile ventriculare. Toate aceste fapte analizate atent permit medicului a elabora o concluzie orientativă, în raport de versiunile anchetei, atunci cînd este necesar.

Cele mai precoce reacţii supravitale se referă la manifestările fiziologice de viaţă reziduală cum ar fi contractura muşchilor, excitarea cordului, provocarea peristaltismului etc. după moarte. Astfel, la 40 ore după moarte, se poate obţine o reacţie la electroşoc, la 4—6 ore uterul se poate contracta, la 24 de ore s-au obţinut contracţii ale urechiuşelor, la 60 ore spermatozoizii aveau încă motilitate, la 70 ore s-au decelat mitoze, la 1—2 ore este constatată contracţia ideo-musculară la lovirea muşchiului sau la reflexul galvanic. De asemenea, la 5—8 ore se obţine reacţia pupilei la substanţe injectate în camera

anterioară, iar pînă la 4 ore, la instilarea de diferite picături. Între 1—6 ore se obține sudația la injecția de acetilcolină sau pilocarpină, iar la 10 ore, 60% din leucocite sînt colorabile cu albastru tripan, la 20 ore, 40% și la 30 ore doar 10% din ele (testul de vitalitate a leucocitelor al lui Shikata). Multiple alte teste care se adresează constatării circulației în fundul de ochi, în membrana timpanului etc. sînt pozitive un anumit timp după moarte (tabelul 10).

Tabelul 10.

Supraviețuirea unor organe și țesuturi

Organul	Timpul p.m.	Autorii	Metoda
Cordul	30—45 mm	Gillman	Constatare necropsică
Musculatura scheletică	11/2—2 h 2—3 h 2—6 h 13 h	Merkel Strassman Hofmann Reuter, Robin Chiari	Excitabilitate electrică
Nervi periferici	1—2 h	Iochte	Excitabilitate electrică
Vase sangvine	2—3 zile	Müller	Injectare de adrenalină
Celule nazale	68 h	Siemens	Fagocitoză
Mucoasa respiratorie	6 h 13—30 h	Schmidt Müller	Mișcarea cililor vibratili
Spermatozoizi	10 h 24—28 h 36 h 45 h 72 h	Morgo Hofmann-Haberda Lewin Jaeger Reuber	Motilitate

Constatarea acestor reacții supravitale, de regulă instrumentale, are un interes mai limitat, îndeosebi științific, pentru nevoile anchetei fiind necesar a se preciza dacă, consecutiv acestor reacții supravitale, subiectul putea avea și „manifestări de viață". De exemplu, cu leziuni ale carotidei, o victimă a putut la rîndul său produce leziuni letale; după împușcarea cordului, o persoană și-a putut reîncheia hainele; după plăgi ventriculare sau ale vaselor mari, unele persoane au putut fugi 200 m în timp de 20 minute; după o secțiune a ambelor carotide, o victimă a mai putut alerga 130 m, iar după o hemicorporotomie alta a fost relativ conștientă 30′. De asemenea, după o plagă penetrantă cranio-cerebrală prin cuțit, victima s-a putut prezenta singură la spital, iar alta, cu un cui de 8 cm bătut în cap în scop de suicid, a fost în stare să parcurgă 24 km pe jos pînă la spital. O altă persoană cu cordul plesnit prin împușcare a putut să recurgă la spînzurare, sau, după o decapitare prin tren, trunchiul a mai fost capabil, în virtutea automatismelor medulare, să se ridice în poziție oarecum ortostatică. Cu leziuni de împușcare în cap, o persoană a mers 20 m, s-a culcat fiind găsită decedată, iar alta, după o spînzurare cu leziuni vitale locale și cu ruperea lațului, a fost găsită la 160 m de la locul spînzurării. Sînt cunoscute, de asemenea, acte motorii în scop de supraviețuire cum ar fi tăierea proprie a lațului de spînzurare cu supraviețuire etc. Reacțiile supravitale, ca manifestări conștiente, au fost puse în evidență și

de Velpeaux la vremea sa. La asasinarea lui Kenedy s-a pus problema dacă cu traheea împușcată putea să mai vorbească. Exemple s-ar putea adăuga în număr mare.

Cercetarea reacțiilor vitale are scopul de a face diagnosticul medico-legal diferențial cu orice alte modificări produse după moarte. Deoarece aceste modificări postmortale privesc mai frecvent dezmembrarea cadavrelor ele au căpătat denumirea de depeșaj. Depeșajul poate fi accidental, ca în cazul dezmembrărilor postmortale prin vapoare, tren, animale etc. sau criminal, în scopul de a face să dispară urmele unei infracțiuni (de disimulare a crimei). Depeșajul criminal este preferențial (face să dispară fața, degetele pentru a îngreiua identificarea), de decupaj (prin dezarticulare pentru a putea abandona cadavrul), de dispersie (cu abandonarea fragmentelor cadaverice), de incinerare sau disoluție, cînd, în ultima situație persistă dinții, părul, protezele. Depeșajul mai poate fi ofensiv (sadic), defensiv (de debarasare de cadavru) și pune probleme de recunoaștere a corpului, identitate a victimei, cauza morții, asupra faptului dacă era în viață în momentul agresiunii și depeșajului, asupra tehnicii de depeșaj utilizată ce dă indicații asupra autorului etc. Se admite, în general, că este dificil de disimulat o crimă prin dispariția urmelor ei, știința reușind să descopere infracțiunile chiar și în situația descompunerii și dezmembrării criminale a cadavrului. Cum limitele expertizei medico-legale (care, de fapt, sînt limitele medicinei în cercetarea adevărului) sînt din ce în ce mai reduse, evident că, indiferent de starea de distrugere a cadavrului, se poate da un răspuns pozitiv la această importantă problemă. Identificarea victimei în cazul depeșajului, precizarea cauzei morții prin cercetarea leziunilor vitale și a caracterului postmortal al depeșajului, vor permite descoperirea autorului, fiind laturi complementare ale aceleiași problematici științifice (fig. 31), și anume, descoperirea adevărului. Din trecutul luptei științei cu infracțiunea, sînt cunoscute modalitățile de dezmembrare a cadavrelor pînă în 10 000 bucăți, de eviscerare și scalpare a lor în vederea camuflării identității, de disoluție a țesuturilor moi în acizi sau baze etc. Cazurile de descoperire a crimei, plecînd de la un femur aruncat sau prin constatarea unor piese anatomice malformate, aruncate odată cu alte piese de muzeu etc., sînt edificatoare în acest sens. Cazul cunoscut sub numele „îngerul salvator" (al unui medic care în timpul războiului a recurs la acte de genocid, cu dez-

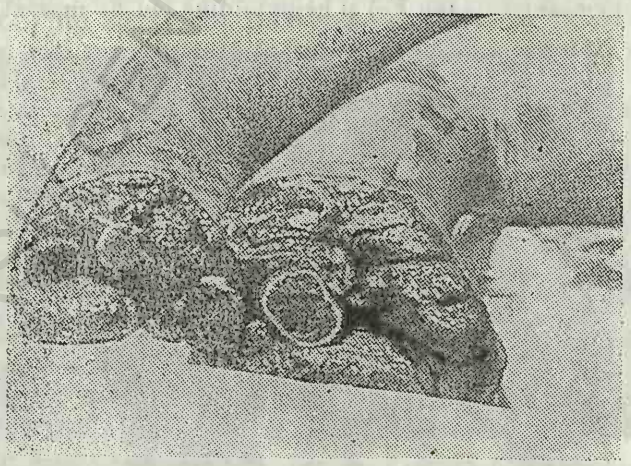


Fig. 31. Depeșaj de disimulare.

membrarea cadavrelor) sau al „rechinului din acvariu" (care a regurgitat un braţ uman, la care, existenţa unor leziuni vitale a dus la descoperirea crimei), ilustrează în mod convingător necesitatea stăpînirii problematicii reacţiilor vitale şi a deosebirii lor de modificările postmortale.

LEZIUNI MEDICO-LEGALE ELEMENTARE

Cunoaşterea semiologiei celor mai frecvente şi tipice leziuni întîlnite în practica medico-legală are o mare importanţă, îndeosebi în ceea ce priveşte stabilirea agentului etiologic şi, de aici, descoperirea autorului unei infracţiuni. Cum diferiţii agenţi vulneranţi produc leziuni relativ caracteristice, atare leziuni s-au grupat sub numele de leziuni elementare, deoarece, plecînd de la morfologia lor asemănătoare, se pot trage concluzii certe asupra agentului vulnerant. Sub acest aspect, cele care prin forma lor identifică retrospectiv în mod fidel agentul vulnerant, s-ar putea numi şi leziuni marker.

Echimoza este cea mai comună leziune elementară care apare ca expresie tegumentară a unei revărsări, extravazări şi coagulări sangvine ce infiltrează ţesuturile subcutanate (fig. 32). Echimoza este deci expresia tegumentară a unui infiltrat hemoragic tisular. Echimozele au o extindere ce depinde de violenţa traumatismului, vascularizaţia regiunii, laxitatea ţesuturilor, caracterul planurilor subjacente (dure sau laxe). În asfixii, infecţii, intoxicaţii cu As, P, HCN, I, veninuri, în hepatite grave, leucemii, trombopenii etc. pot apărea şi spontan. Tot aşa echimozele subconjunctivale apar în tusea convulsivă, contracţii uterine, efort de vomă, endocardite etc., iar cele din ţesuturile gîtului pot apărea şi imediat după moarte dacă capul atîrnă în jos.

În diploe, echimozele nu se vor confunda cu opacităţile normale juxtascizurale, parietale sau frontale, dar simetrice şi datorate densificării osului la acest nivel.

Echimozele au o evoluţie în timp, constatată prin virarea culorii de la negricioase în prima zi la albastru-violaceu în următoarele trei zile, albastre după 4 zile, verzi după 6 zile şi gălbui după 10—15 zile, putînd lăsa cicatrice pigmentate, hematoame închistate în care trece apa din ţesuturi, chisturi hematice care uneori cresc în volum etc. Faptul se datoreşte evoluţiei hematiilor din echimoză care se umflă, apoi se hemolizează şi Hb iese transformîndu-se în hemosiderină (cu Fe) şi hematoidină (cu Fe mascat). Echimozele

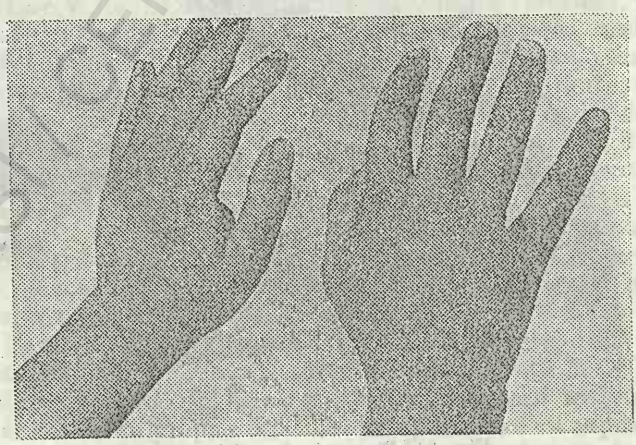


Fig. 32. Edem traumatic postligatură a mîinilor.

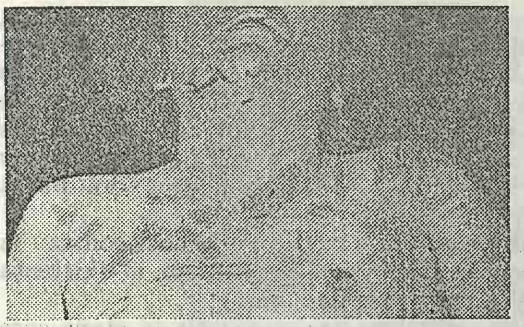


Fig. 33. Echimoze prin curea de ventilator.

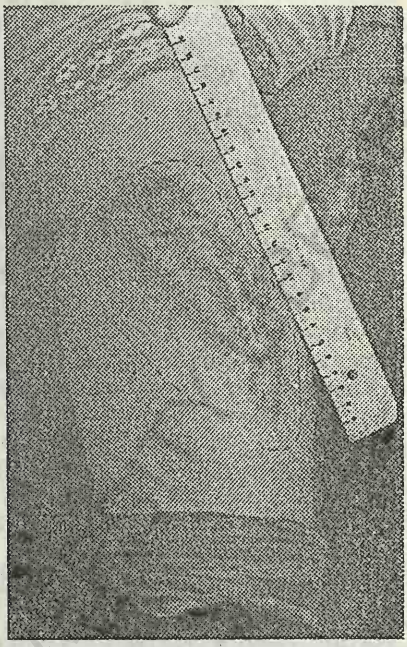


Fig. 34. Echimoză produsă prin obiect elastic.

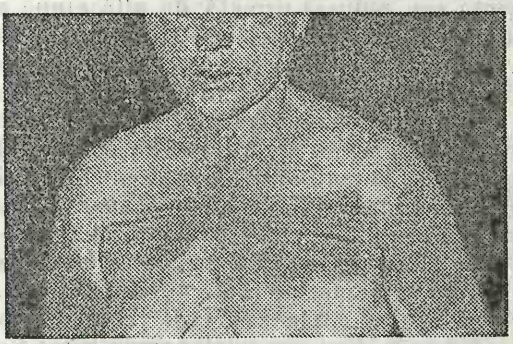


Fig. 35. Echimoze corporale.

masive pot genera șoc traumatic, subicter sau blocaje renale. Echimozele se pot produce pînă la maximum 1—2 ore după moarte, cînd se numesc pseudoechimoze și sînt lipsite de tumefacții. Alteori, echimozele pot lipsi, mai ales în leziuni coexistente ale cordului sau vaselor mari, deoarece nu au timp să se constituie.

Etiologic, echimozele se produc prin diferiți agenți vulneranți, de regulă mecanici, și prin forma lor morfologică permit, deseori, identificarea acestora (catarame, curele, curele de ventilator, vătraie, tocuri de pantof, dinți, muchii de ciocane etc.) (fig. 33, 34, 35). De regulă, echimozele se găsesc la locul traumatismului și mai rar difuzează în jur (ca în cazul unor stări patologice de tipul diatezelor, insuficiențelor hepatice, tratamentelor cu anticoagulante) sau la distanță (echimozele condilului femural intern difuzează ascendent, ale condilului tibial intern descendent, ale lombelor pe flancuri, ale feselor pe coapse, ale nasului la pleoape, ale fracturilor de bază la nivel palpebral etc.). Prin revărsat Morell — Lavallé se înțelege orice colecție sangvină dintre țesutul subcutanat și fasciile musculare (fig. 36). De asemenea, trebuie reținut faptul că echimozele sînt

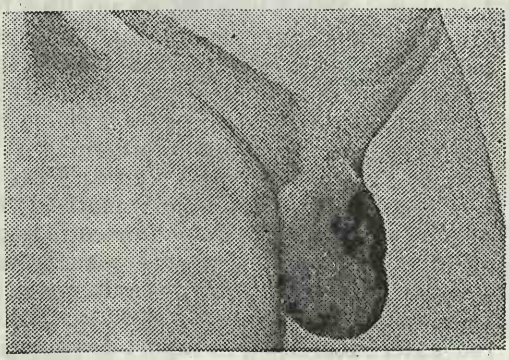


Fig. 36. Fuziunea hematomului de la abdomen la scrot (Franke).

totdeauna intense la nivelul tegumentelor suprapuse pe suprafețe dure, osoase, uneori fără leziuni la interior (ca, de exemplu, pe pielea capului) și, dimpotrivă, alteori absente pe tegumente dar cu leziuni grave la interior, așa cum ar fi la nivelul abdomenului. De aceea, în anumite zone corporale, echimozele care reproduc forma agentului vulnerant rămîn ca atare dacă subiectul este examinat imediat, dacă agentul vulnerant nu este voluminos și dacă regiunea interesată este relativ omogenă din punct de vedere tisular.

Sub aspect morfologic macroscopic, semnele oricărei echimoze constau în modificarea culorii tegumentelor consecutiv hemoragiei tisulare, în existența coagulării sîngelui în țesuturi ca și a retracției tisulare.

Din punct de vedere microscopic, echimoza are o evoluție în etape care începe cu coagularea sîngelui datorită fibrinogenului ce iese din vasele lezate (coagulare care în seroase este absentă sau redusă) urmată de altă etapă a degradării hematiilor cu producerea unei hemosideroze locale care, înglobată în macrofage și fibroblești, duce la un adevărat tatuaj, din care hemosiderina se va elibera lent spre ganglionii limfatici, în ani de zile. În etapa finală are loc degradarea hemoglobinei libere cu producerea de pigment cu nucleu feric (hemomelanină și hemofuscină, care, de regulă, nu se întîlnesc în echimoze) și de pigmenți fără nucleu feric (hematină, hematoidină, hematoporfirină și bilirubină), ce sînt constant întîlniți în echimoze. Hemosiderina apare între 24—70 ore de la vătămare iar hematoidina după circa o săptămînă, constatîndu-se în extravazate vechi de pînă la 2 luni. Cunoașterea acestei evoluții microscopice ne permite a aprecia vîrsta echimozelor (data producerii lor). Echimozele trebuie diferențiate de lividități și hipostază, care reprezintă o dilatare pasivă a vaselor declive la cadavru, fără vre-un fenomen vital de eritrodiapedeză. O formă aparte de echimoză sînt cele produse prin sucțiune și care iau aspectul unor zone peteșiale confluente, de culoare mai roșie decît echimozele. Ele se întîlnesc mai ales în infracțiunile sexuale și au un mecanism de producere la limită cu plaga mușcată.

Hematoamele, ca leziuni elementare, reprezintă colecții sangvine în cavități preformate sau în locuri unde țesuturile sînt laxe sau au fost distruse, și ele se constituie în raport de regiunea topografică, gradul de laxitate al țesuturilor precum și de intensitatea traumatismului. Hematoame la distanță se produc prin epanșamente subaponevrotice care difuzează de la locul lovirii. Microscopic, în primele două ore, într-un hematom se produce afluxul leucocitar, în următoarele două zile hematiile se decolorează, în 3—4 zile sînt fagocitate, în 5—6 zile dispare hemoglobina și apare hemosiderina și apoi pigmentul feruginos înglobat în leucocite sau liber în țesuturi. Ele pot fi evocatoare pentru anumite tipuri de leziuni, de exemplu hematoamele retroperitoneale pentru fracturile de bazin. Ele fac pe tegumente o bosă (dacă sînt localizate pe os) sau o depresiune (dacă sînt localizate pe țesuturile moi).

Excoriația este o denudare a epidermului *(ex corion)*, care mai corect ar trebui denumită eroziune epidermică și care, ori de cîte ori atinge papilele dermice, produce o crustă limfatică sau sangvină consecutivă. Etiologic, ele se întîlnesc pe zonele proeminente ale corpului în căderi sau proiectări, se produc prin acțiunea unghiilor ca în sugrumările cu mîna, prin tîrîre ca în accidentele de trafic, sau reprezintă leziuni de apărare ca în infracțiunile sexuale. Caracterul lor vital este conferit de prezența crustei, fibrinei, infiltratului celular în jurul vaselor etc. Un examen biopsic permite astfel stabilirea datei excoriației, în raport de evoluția sa: regenerarea și acoperirea epitelială, apariția granulațiilor subepiteliale și apoi regresiunea lor. Excoriațiile trebuie diferențiate de plaga pergamentată care se produce consecutiv deshi-

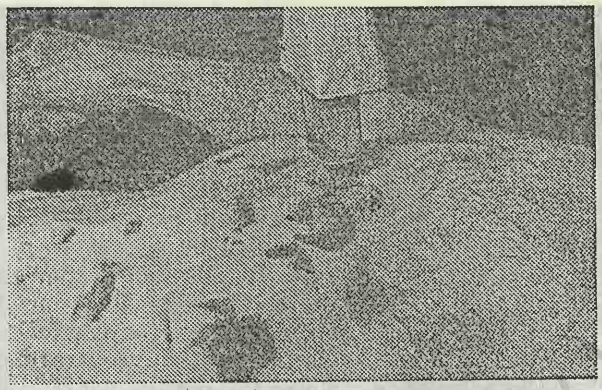


Fig. 37. Excoriații produse cu un picior de scaun.

dratării postmortale localizate a tegumentelor (fig. 37, 38). Pe epidermul denudat, uscarea și pergamentarea sînt mult mai facile. Caracterul grupat paralel și/sau echidistant al excoriațiilor le conferă o anumită semnificație diagnostică.

Plăgile, ca leziuni elementare, reprezintă soluții de continuitate a tegumentelor și țesuturilor, care după agentul etiologic se clasifică în plăgi tăiate, mușcate, contuze și plesnite, balistice, termice sau chimice, iar după semnificația medico-legală, în plăgi ofensive, defensive, sadice, prin automutilare sau în scop de simulare etc. Ele sînt urme obiective și actuale ale unui fapt traumatic în antecedente. Ele se produc cu mijloace naturale (unghii, dinți) sau cu obiecte preparate. Studiul plăgilor implică a stabili natura, originea (vitale sau postvitale), modalitatea de producere (mecanismul), circumstanțele (accident, crimă, suicid) precum și etiologia lor. Astfel, în suicid se produc plăgi caracteristice, absente în „zonele de șoc" (cap), de cădere, apucare (pumn, gît) sau de apărare (antebrațe, mîini), în zone accesibile, iterative.

Plăgile tăiate, înțepate sau înțepător-tăiate, reprezintă soluții de continuitate produse cu arme albe (denumite astfel după lama strălucitoare). Pe tegumente, plăgile înțepate produse cu obiecte cilindrice iau forma unei frunze de salcie, cu direcție în raport de orientarea fibrelor elastice din derm. De regulă, ele au diametrul mai mic decît obiectul vulnerant, datorită retracției tisulare. Plăgile tăiate au marginile netede și o lărgime a rănii care este cu atît mai mare cu cît cuțitul este acționat mai oblic și este mai mișcat (glisat) în țesuturi. Orice contractură a musculaturii subiacente sau secționarea pe pliuri de flexiune face ca plaga să fie neliniară, neregulată la exterior. De regulă, plaga tăiată este mai profundă la pornire și efilată (coada plăgii) la ieșire. De exemplu, în omor, coada plăgii

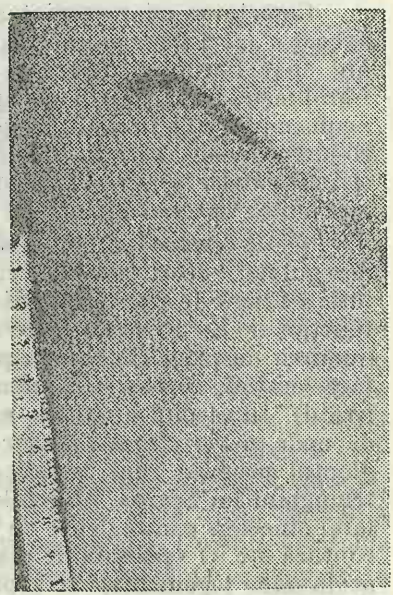


Fig. 38. Excoriație produsă cu o margine de hîrleț.

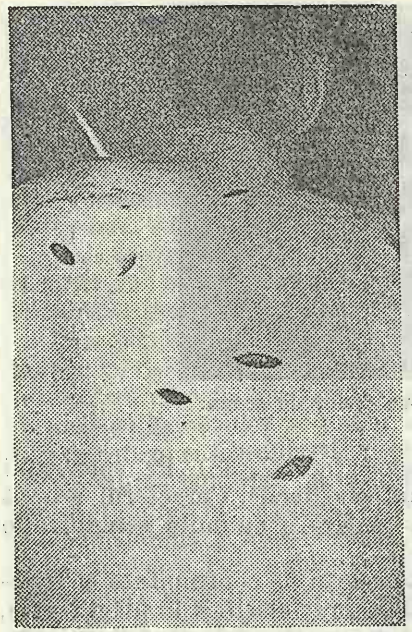


Fig. 39. Plăgi tăiate

corespunde sfîrşitului ei, pe cînd, în suicid, coada plăgii marchează începutul ei (fig. 39; planşa I, fig. 6). Unghiul pe care traiectul plăgii îl face cu planul cutanat, coada plăgii, dar mai ales localizarea sa corporală atestă direcţia de acţiune a agentului vulnerant, iar soluţiile de continuitate ale hainelor vor fi totdeauna mai puţin întinse decît plăgile tegumentelor. Plăgile tăiate permit, în anumite limite, a preciza obiectul ce le-a produs, iar pe oasele late (oase craniene, oase iliace, omoplaţi), ele reproduc fidel lăţimea cuţitului. Pe cordul contractat, o lamă de cuţit va produce o plagă în V, iar în suicid, plăgile vor fi obişnuit neregulate şi multiple, datorită ezitării mîinii victimei. În aceste situaţii, pentru a aprecia dacă plaga a fost produsă de un dreptaci sau de un stîngaci se vor măsura dimensiunile bicepsului şi ale pumnului. În prezenţa concomitentă a unor plăgi infiltrate cu sînge şi a altora exsangue vom interpreta că primele sînt anterioare celorlalte, cu excepţia faptului dacă nu a fost interesat un vas mai mare sau cordul pentru cele fără infiltrate sangvine. Examenele complementare de laborator ale armelor albe permit identificarea lor prin cercetarea urmelor de sînge uman sau de celule tisulare (de exemplu celule hepatice), după mult timp de la utilizare.

Cercetarea microscopică a plăgilor ne permite aprecierea vîrstei lor, cu excepţia unor stări patologice (ex. discrazii sangvine). Astfel, în primele 10 ore apar fibrina şi migrarea leucocitară, în următoarele 20 ore apar primii fibroblaşti, în primele 3 zile apare hemosiderina, la 6 zile apar capilarele de neoformaţie şi la 10 zile, colagenul. Metodele moderne de investigaţie cum ar fi ultrasunetele permit decelarea întinderii şi profunzimii epanşamentelor şi infiltratelor sangvine, a corpilor străini, concomitent incluşi în plagă, a emboliilor gazoase înainte de autopsie etc.

Plăgile contuze (zdrobite) se prezintă ca soluţii de continuitate cu margini neregulate, uneori decolate, cu o zonă centrală de ţesuturi distruse, o zonă intermediară de ţesuturi devitalizate şi o zonă periferică de ţesuturi alterate funcţional. Ele se produc, de regulă, prin obiecte contondente, de aici şi denumirea de plăgi contuze şi pot fi la rîndul lor active, produse prin lovire (acceleraţie) sau pasive, produse prin cădere pe suprafeţe contondente (decelerării). În mediul ambiant, numărul obiectelor contondente este nelimitat, de unde şi varietatea plăgilor contuze. Astfel, dinţii produc plăgi muşcate, glonţul produce răni balistice, cornul de bou produce rupturi tisulare în triunghiul lui Scarpa, obiectele mecanice produc chiar atriţii (pierderi) tisulare, obiectele contondente de formă geometrică reproduc forma lor în plaga contuză etc. O varietate de plagă contuză este plaga plesnită care se produce acolo unde tegumentele se suprapun direct pe os (cap, regiunea tibială anterioară, regiunea cubitală), şi la care numai un examen cu lupa permite a constata caracterul anfractuos, zdrenţuit al marginilor plăgii plesnite faţă de

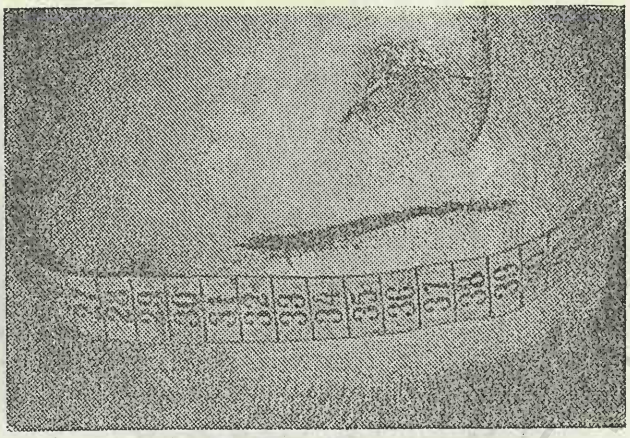


Fig. 40. Plăgi contuze.

plaga tăiată (fig. 40). Un examen stereoscopic poate aduce elemente în plus în sprijinul acestui diagnostic diferențial. Echimoza sau bosa sangvină pe o suprafață dură este, de asemenea, consecința impactului cu un obiect contondent, dar, datorită lipsei unei soluții de continuitate, ele nu se definesc ca plăgi. De aceea, ori de cîte ori elasticitatea pielii nu este depășită, este vorba de o simplă contuzie, față de situația cînd prin depășirea acestei elasticități se realizează o plagă contuză. Elasticitatea și rezistența pielii explică păstrarea integrității sale în condițiile unor leziuni viscerale subjacente grave produse prin diferite tipuri de agenți contondenți (accidente de avion, călcări de tren etc.). Contuziile și plăgile contuze pot fi de gradul I (echimoza), gradul II (hematomul), gradul III (plaga zdrobită), gradul IV (strivirile de segmente corporale).

Fracturile reprezintă leziuni elementare, la care, sub aspect medico-legal, interesează mai ales forma anatomică, în vederea deducerii mecanismului lor de producere. Fracturile pot fi directe, prin lovire, și indirecte, prin cădere, cînd recunosc mecanisme de răsucire, îndoire sau smulgere.

Fracturile directe (prin lovire) sînt transversale, se asociază cu contuzii ale părților moi, sînt la același nivel cînd interesează oase duble și de regulă nu se încalecă față de fracturile indirecte, produse de obicei prin cădere. La cadavru fracturile pot fi mascate — la tentativa de mobilizare — de către rigiditatea cadaverică. La oasele late, fractura tăbliei externe sau interne se numește fisură, se pune în evidență prin colorarea marginilor și o presiune de 60 kg/cm^2 este în măsură să le genereze. Uneori fracturile se asociază cu echimoze osoase prin ruperea traveelor osoase din diploe, echimoze ce pot fi solitare. Frecvent, fracturile craniene se pot pierde în suturi și se pot produce de la lovirea cu pumnul (care, de exemplu, pe coapsă produce un hematom, pe arcadă o plagă, iar în regiunea temporală chiar o fractură) pînă la strivirile craniului osos sub diferite greutăți masive. Sub aspect medico-legal sînt caracteristice fracturile de claviculă sau de antebraț în căderile pe mîini, fracturile de bază de craniu în căderile pe fese sau în lovirea bărbiei, fracturile spiroide de femur în răsucirea corpului etc. O fractură transversală de os lung arată un impact direct (fractură în fluture, de regulă cu fragmentul triunghiular desprins în partea opusă impactului), după cum o fractură spiroidă relevă

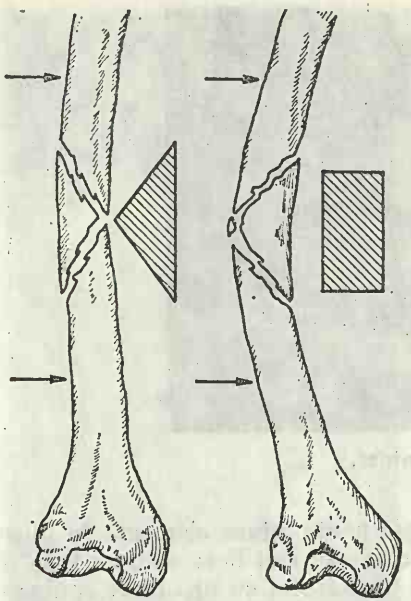


Fig. 41. Forma fracturii în raport de forma obiectului de impact (Hortolomei).

flexiunea sau torsiunea corpului (fig. 41). O fractură cu 3 fragmente, prin poziția fragmentului triunghiular detașat cu vîrful sau cu baza către partea impactului, în raport și de forma obiectului contondent, duce la concluzii privind direcția de lovire.

Rupturile și strivirile de organe, denumite de unii autori și contuzii de gradul III și IV, sînt urmarea unor violențe extreme localizate pe organele parenchimatoase sau cavitare. Rupturile de organe cavitare sînt facilitate de gradul lor de plenitudine și pot avea loc chiar după traumatisme minore care nu lasă urme la exterior (ca, de exemplu, echimoze sau excoriații pe peretele abdominal). Tot așa, rupturile de anevrisme se întîlnesc în loviri sau căderi banale, ale cordului în căderi de la înălțime, ale intestinului în lovirea abdomenului etc. În unele tipuri de traumatisme (căderi de la înălțime, accidente de avion), întîlnim de asemenea rupturi de organe, fără leziuni tegumentare. Cum în aceste împrejurări starea de șoc este frecventă, o revedere succintă a leziunilor din șoc apare utilă. Vasoconstricția generalizată ce poate alterna cu vasodilatația (și da imagini în șirag de mărgele) favorizează trombozele și emboliile (microemboli de conglutinare, albi și de coagulare, roșii). Prin fenomen sludge, ele dau blocaje capilare. Leziunile endoteliale vasculare și creșterea vîscozității sîngelui favorizează aceste microtromboze ce vor duce la tulburări ischemice și hipoxice. În pulmon se vor constata atelectazii congestive (prin supraîncărcare hidrică), fibrină în alveole, membrane hialine, în rinichi dilatarea tubilor, tubulorrhexis, cilindri și microtrombi de fibrină în glomeruli, în ficat vacuole celulare cu pierderea glicogenului și microtrombi hialini, în miocard edem, hemoragii și necroze ale fibrelor, în tubul digestiv necroze hemoragice ale mucoasei, în suprarenală hemoragii și necroze focale.

Plăgile mușcate au aspect de plăgi încolțite la carnivore, zdrobite la ierbivore, continue sau discontinue, în raport de forma arcadei dentare la om. Plaga mușcată reproduce fidel forma danturii, fiind o adevărată amprentă morfologică lăsată de agresor sau victimă (fig. 42). Ele se întîlnesc în infracțiunile sexuale, în sadism etc., sau ca leziuni de apărare, cînd se vor constata pe regiunile proeminente ale corpului agresorului.

S-ar putea cita și alte tipuri lezionale ca emfizemul generalizat (produs în lezarea pulmonului de către coaste sau cînd aerul pătrunde în vase), atelectazii pulmonare (frecvente în aspirațiile pulmonare), leziunile din șoc etc., dar multitudinea factorilor intricați în producerea unor atare leziuni se opun etichetării lor ca elementare.

Pentru elucidarea științifică a problematicii complexe a cazurilor, medicul legist va trebui să cunoască adecvat patologia acestor leziuni elementare, cunoaștere în măsură a crește coeficientul de probațiune judiciară (identificarea agentului vulnerant, stabilirea mecanismului și circumstanțelor de

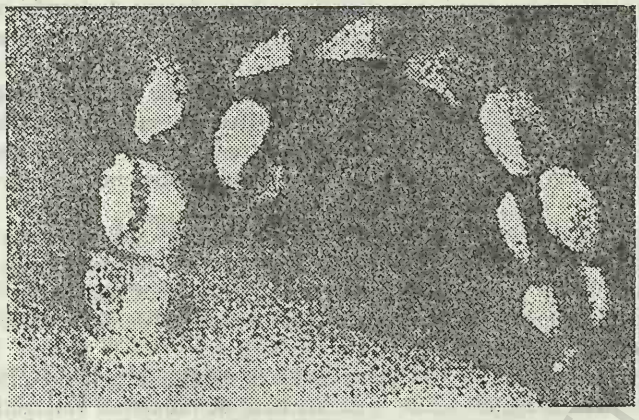


Fig. 42. Mulajul plăgii muşcate.

producere a leziunilor, identificarea autorului etc. şi de administrare corectă a justiţiei.

Ca frecvenţă, în moartea violentă, 1/3 din subiecţi decedează imediat prin lezarea ireversibilă a organelor vitale, 1/3 mor secundar prin complicaţii, de regulă infecţioase, şi 1/3 decedează prin răspunsuri patologice ale altor organe, în ciuda lipsei lezării lor evidente. Faptul aduce în discuţie realitatea reacţiilor sistemice de răspuns la traumatisme minore ce s-ar putea încadra, în general, în una din următoarele situaţii din care se exclude cu certitudine un substrat patologic:

— răspuns neurohormonal patologic depăşit, în cadrul unui sindrom de stress reliefat prin spasme coronariene, infarcte metabolice (hipoxice), accidente spastice cerebrale urmate de microramolismente, declanşarea unei crize de astm pulmonar etc. Este cunoscută lipsa de toleranţă a stress-urilor de către cei hipervagotonici sau hipersimpaticotonici, cu tetanie sau dereglări hormonale diferite, status neurovegetativ sau neurolimfatic, insuficienţe coronariene etc. Se poate constata uneori un tablou morfologic al sindromului de stress;

— în traumatisme banale, cu precădere toracice (puncţii, plăgi pleurale, traumatisme închise), moartea s-a explicat printr-un şoc pulmonar imediat, cînd hipoxia a determinat un colaps alveolar cu microatelectazii reflexe difuze. Este probabil că această stare morfologică să fie favorizată şi de scăderea acută a surfactantului pulmonar. Insuficienţa respiratorie letală, consecutivă hipoxiei dintr-un şoc pulmonar, se întîlneşte şi în traumatisme cranio-cerebrale sau vertebrale minore. În lipsa constatării morfologice a atelectaziilor pulmonare, decesul poate fi explicat ca o consecinţă a alcalozei consecutivă hiperventilaţiei prelungite care, prin vasoconstricţie cerebrală şi scăderea K, declanşează aritmii cardiace sau tulburări cerebrale letale;

— în traumatisme externe banale dar extinse (echimoze, excoriaţii, plăgi superficiale nesîngerînde abundent), moartea se explică prin şoc traumatic consecutiv, obiectivat prin stază marcată cu acumularea sîngelui în organe (centralizarea de apărare a circulaţiei), modificări umorale variate ale Ht, Hb, catecolilor, leucocitoză localizată în organe, hiperactivitate a TRE, interpretată, fie ca început de infecţie, fie ca răspuns celular în cadrul şocului traumatic. Apariţia unei astfel de stări de şoc este favorizată de sensibilitatea particulară sau abandonarea victimei în condiţii nefavorabile;

— moartea prin sindrom hiperdinamic a apărut mai ales după eforturi intense şi s-a reliefat prin hemoragii cardiace sau cerebrale care, reducînd out-put-ul cardiac şi crescînd rezistenţa periferică sînt apte să producă spasme coronariene sau chiar infarcte

miocardice anoxice. Sindromul hiperkinetic a fost descris îndeosebi ca un sindrom cardiac, dar răsunetul său visceral variat (cerebral, pulmonar, suprarenalian etc.) nu poate fi neglijat;

— în cazuri certe de lipsă a antecedentelor de maladie ulceroasă gastro-duodenală, moartea printr-un ulcer perforat cu iritație peritoneală reflexă, sau chiar peritonită, se poate explica prin producerea unui ulcer gastro-duodenal acut consecutiv ischemiei reflexe a mucoasei digestive, descris în arsuri, traumatisme cranio-cerebrale etc. (ulcere Carling);

— insuficiențele miocardice acute prin ischemii difuze posttraumatice au la bază discrete infarcte subendocardice, leziuni de miocitoliză și pierdere a sarcoplasmei prin ischemie (leziuni de tip Connor), după o scurtă perioadă de spitalizare decelîndu-se și hipokaliemii, aritmii variate, anomalii ECG care în cazurile de comă cresc în intensitate proporțional cu gradul acesteia;

— insuficiențele renale acute posttraumatice se explică fie prin necroză acută corticotubulară consecutivă ischemiei acute corticale date de reducerea volumului sangvin, fie prin ischemie de natură vasoconstrictivă, consecutivă eliberării de cataboliți ca în stările de șoc și care determină o perfuzie inadecvată, care, alături de eliberarea de substanțe toxice poate sta la originea lor. Astfel de leziuni se întîlnesc în șocuri consecutive unor leziuni externe superficiale și reduse (hematoame), căderi de la înălțime mică, împușcări sau arsuri prin electricitate cu leziuni care prin ele însăși nu sînt tanatogeneratoare. În alte cazuri se constată nefroze tubulare obstructive prin mio- sau hemoglobină resorbită din hematoamele periferice;

— deși embolia grăsoasă este un marker de lezare osoasă și apare, de regulă, în a 8—12-a zi, ea se poate constata și după pancreatite etilice sau în diabet cînd poate explica decesul;

— coagulopatiile de consum (coagularea diseminată intravasculară) consecutive dezechilibrului dintre factorii de coagulare și cei de fibrinoliză (dacă se elimină din discuție coagularea postletală prin activarea spontană a enzimelor de coagulare, prin aceea că activitatea fibrinolitică postletală produce liza rapidă a cheagului, mai ales cînd aceasta a fost crescută înainte de deces și că măsurarea lizei postletale prin tehnica Todd de activare a plasminogenului de către endoteliul vascular evidențiază potențialul fibrinolitic al peretelui vascular). În traumatisme banale, după o fază de hipercoagulabilitate, apare o fază de sîngerare și apoi alta de hipercoagulare cu risc de tromboză. Ca o consecință a accelerării proceselor de coagulare cu consum de factori ai coagulării și de plachete, în CDI se produce obstrucția microvaselor prin depozite de fibrină și, în mod secundar, activarea fibrinolizei. Sindromul se întîlnește după arsuri limitate, transfuzii incompatibile, hipotermie ușoară, șocuri asociate cu hematoame retroperitoneale. Morfologic, depunerea de fibrină variază de la o hipoperfuzie minoră pînă la producerea de adevărate infarcte în organe. Se constată, de asemenea, zone hemoragice subendocardice, hepatice etc., expresie a hipoperfuziei din șoc. Microtrombii pot fi locali sau sistemici, cînd reprezintă un fel de mecanism hemostatic al vătămării. În final, obstrucția microvasculară duce la șoc pulmonar, insuficiență renală sau necroză hipofizară ce reprezintă cauza finală a decesului.

În cazurile de morți prin răspunsuri sistemice la traumatisme banale, raportul de cauzalitate, problemă epistemologică cu valoare judiciară de calificare, trebuie rezolvată după următoarele criterii:

— Ori de cîte ori, traumatismul, chiar minor, a vizat un om sănătos ca antecedente și aspect morfologic, relația cauzată cu decesul apare directă și necondiționată.

— Cînd traumatismul a avut aptitudinea de a genera moartea, chiar dacă victima era un suferind, traumatismul este considerat drept cauza decesului.

— Cînd traumatismul, indiferent de intensitate, agravează o suferință prealabilă, este considerat cauza iar boala prealabilă doar condiția în relația cauzală cu decesul.

— În sfîrșit, cînd un traumatism minor favorizează moartea printr-o cauză patologică (exemplu ruptura unui anevrism), acesta devine condiția iar afecțiunea patologică devine cauza decesului. Adîncirea etiopatogeniei cauzelor de deces se află deci la baza criteriologiei medico-legale ce face din proba medicală un fapt de certitudine științifică cu valoare de adevăr în medierea justiției.

ARTEFACTE MEDICO-LEGALE

Multiple cauze de erori pot grefa rezultatele unei necropsii medico-legale (autopsia incompletă, interpretarea greșită a leziunilor, descrierea incorectă a evidențelor etc.), încît o trecere sumară în revistă a artefactelor impuse de natura lucrurilor sau create de medic în cursul unei autopsii medico-legale vor contribui, prin cunoașterea și eliminarea lor, la o mai științifică și corectă activitate medico-legală. Ele au fost bine sistematizate de Abdulah — Fateh și alți autori.

Unele artefacte apar în intervalul dintre deces și necropsie:

— Artefacte agonale ca, de exemplu, aspirarea conținutului gastric în pulmon datorită tulburărilor respiratorii, resuscitării sau poate fi și postmortală;

— Artefacte create de resuscitare, ca urmele de defibrilatoare precordial (uneori cu sînge în pericard), urmele de injecții, fracturile costale, sternale, emfizemul acut cu bule subpleurale, aer în mediastin sau chiar pneumotorax prin administrarea O_2 sub presiune, hemoragiile perilaringiene sau ulcerațiile prin efortul introducerii unei sonde etc.

— Artefacte datorate exhumării, cum ar fi deshidratările, discolorațiile ce pot simula arsuri intravitale etc.

— Artefacte prin manipularea corpului, ca fracturi cervicale fără hemoragii („fracturi funerare"), leziuni postletale a scalpului occipital etc.

— Artefacte datorate semnelor cadaverice, cum ar fi „ruperea" rigidității prin manipularea cadavrului, modificarea lor prin căldură ori frig, rigiditatea cordului ce simulează hipertrofia concentrică. Artefactele prin putrefacție se referă la umflarea corpului (se confundă cu obezitatea), sîngele la orificiile buco-nazale, veziculele de putrefacție, urmele gulerului în jurul gîtului, perforarea anselor intestinale, stomacului, colorația roșie a anselor mai ales din pelvis, producerea de gaze de putrefacție în cava inferioară și cordul drept, ce obligă la un diagnostic diferențial cu embolliile gazoase vitale prin reacția Zildenhurst (cu pirogalol) etc.

— Mușcările de animale produc leziuni ce seamănă cu cele înțepate (ex. șobolanii).

— Extravazările postletale de sînge în țesuturi și cavități ca, de ex., sîngerarea postletală a unei plăgi toracice în cavitatea pleurală, umflarea posturală a circumvoluțiilor ce simulează edemul cerebral, colorarea ficatului de la căile biliare. Alte astfel de artefacte sînt și microscopice ca, de ex., falsa hemoragie pancreatică, autoliza ce simulează distrofiile etc. Unele reacții toxicologice pot fi grefate de erori cum ar fi creșterea producerii de alcool cu 0,1 g ‰, a concentrației de CO cu 20% mai ales vara, a fenolilor, cianilor etc., contaminarea cu As din sol, introducerea de alte substanțe odată cu îmbălsămarea etc.

Alte artefacte apar în timpul autopsiei, cum ar fi introducerea aerului în vasele creierului după scoaterea durei sagitale sau prin vasele gîtului, fracturi datorate autopsiei, colectarea și recoltarea incorectă, contaminarea prin vasele inadecvate etc.

Necropsia albă poate fi un artefact ca o consecință a insuficienței investigațiilor. Ea reprezintă 2—10% din totalul autopsiilor și se poate datora lipsei datelor din istoric care nu orientează explorările ulterioare, lipsei examenului extern minuțios (nedecelarea urmelor de injecții, electrocuție, înțepături de albine etc.), lipsuri în efectuarea examenului intern ce nu decelează emboliile gazoase, penumotoraxul etc. Insuficiența examenelor microscopice (a unei ischemii miocardice) sau toxicologice etc. pot grefa, de

asemenea, rezultatele unei autopsii medico-legale. Un mare viciu este neconstatarea cauzelor unei necropsii albe ce poate fi un șoc de diferite etiologii (după unii există atîtea feluri de șoc cîte tipuri de morți avem), traumatisme nesemnificative (inhibiții vagale la lovirea gîtului, dislocări atlanto-occipitale), encefalite cronice, status epileptic, embolii grase sau gazoase, delirium tremens cu deces prin hipokaliemie, comoție bulbară, elongarea bulbului în whiplash, edem inflamator laringian, traumatisme laringiene cu spasm, ocluzia carotidelor, tireotoxicoza, tumori paratiroidiene, ocluzii coronariene sau spasme coronariene cu aritmii letale, leziuni ale nodulului sinoatrial, AV sau fasciculului His cu aritmii letale, hipertrofia obstructivă asimetrică a cordului, miocardite virotice Fiedler, periarterite nodoase ale coronarelor consecutiv abuzului de droguri, sarcoidoze ca în cancer, tbc, astm, leziuni suprarenaliene etc.

Înșiruirea acestor multiple cauze de necropsie albă, ce nu le epuizează, atestă încă odată necesitatea respectării riguroase a tuturor regulilor metodologice de investigație necropsică medico-legală.

BIBLIOGRAFIE

1. Ayral G., *Contrib. à l'étude du poulmon en médecine légale*, Thèse, Montpellier, 1963.
2. Avdeev I.M., *Sudebno-mediținskaia expertiza trup*, Moscova, 1977.
3. Berg St., *Rechtsmedizin*, München, 1973.
4. Bessis M., *La mort de la cellule*, Triangle, 1970.
5. Blidaru P., *Traumatismele hepatice*, Editura Academiei R.S. România, 1977.
6. Burghele Th., *Chirurgia*, Editura Medicală, 1974.
7. Curran C.R., *Colour Atlas of Histopathology*, Harwey Miller, London, 1972.
8. Delarue J., *Anatomie pathologique*, Flammarion, 1969.
9. Desmarez J., *Manuel de médecine légale*, P.U. Bruxelles, 1968.
10. Earîghin E.I., Serov V.V., *Atlas patologhicescoi ghistologhii*, Moscova, 1968.
11. Georgescu L., *Morfopatologia*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
12. Kernbach M., *Contribuții la histopatologia și histochimia putrefacției*, Cluj, 1956.
13. Lăpădat I. și col., *Infarctul pulmonar*, Editura Medicală, 1977.
14. Laves J., *Agonale blutserumveränderungen*, Berlin, 1965.
15. Mihai Gh., *Elemente constructive de argumentare juridică*, Editura Academiei R.S. România, 1982.
16. Mogoș Gh., *Tromboze și embolii*, Editura Medicală, 1973.
17. Pfeiffer H., *Die Sprache der toten*, Verlag Berlin, 1970.
18. Policard A., *Elements de pathologie celulaire*, Masson, 1969.
19. Prokop O., *Forensische Medizin*, Verlag, 1965.
20. Raekallio J., *Determ. of the age of wounds*, Forensic Science, 1972.
21. Robertson I., *Histopathology of healing abrasions*, Science, 1972, 1, 17.
22. Sandriter W., *Manual et atlas d'histopathologie*, Masson, 1977.
23. Sandriter W., Thomas C., *Manuel et atlas d'anatomie pathologique macroscopique*, Masson, 1976.
24. Saldeen T., *Syndr. microembolic*, Forensic Science, 1972, 2, 40.
25. Scripcaru Gh. și col., *Criterii de diagnostic diferențial între leziunile și modificările postmortale*, Morfologia norm. și patol., 1971, 4,343.
26. Thorwald J., *Crime and Science*, New York, 1972.
27. Walls J., *Forensic Science*, Londra, 1974.

MORFOPATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ
(Expertiza medico-legală pe cadavru)

NOȚIUNI ELEMENTARE PRIVIND INFRACȚIUNILE ÎMPOTRIVA VIEȚII

Evoluția progresivă a dreptului s-a înregistrat în toate domeniile vieții sociale ca și în acel al protejării vieții persoanei, deoarece, de la considerarea omului drept un *res* (lucru) din societatea sclavagistă, s-a ajuns astăzi la protejarea nelimitată a oricărei forme de manifestare a personalității umane. Faptul este impus de caracterul inalienabil și absolut al dreptului la viață, în virtutea căruia viața apare ca un bun inalienabil, extrapatrimonial și imprescriptibil, care deci nu poate face obiectul vreunei tranzacții. Dreptul absolut la viață include protejarea vieții încă din momentul concepției (deoarece legea pedepsește avortul) și pînă în momentul morții clinice (deoarece legea pedepsește orice formă de eutanasie). În virtutea aceluiași drept, orice persoană este obligată să respecte, în mod nelimitat, viața unei alte persoane și să se abțină de la orice fapt care ar putea să o prejudicieze (drept la viață opozabil *erga omnes*).

Ori de cîte ori se încalcă dreptul la viață ca relație socială ocrotită de lege, se comite o infracțiune de omor (omucidere). Obiectul relației sociale care ocrotește dreptul la viață este însă viața ca atribut biologic.

Pentru a se întruni condițiile incriminării unei infracțiuni, inclusiv a acelei de omucidere, ca atare, legea cere ca:

— fapta să fie prevăzută de lege *(nullum crimen sine lege)*;

— fapta să prezinte un pericol social (deoarece intervențiile chirurgicale, accidentele în sport, autolezările accidentale etc. nu prezintă un astfel de pericol);

— fapta să fie făcută cu vinovăție (sub forma sa de intenție, culpă sau preterintenție).

Legea califică omorul în mai multe forme, în raport de gravitatea sa:

— Omorul simplu este actul de suprimare a vieții altei persoane cu intenție și prin mijloace violente.

— Omorul agravat (sau cu circumstanțe agravante) include mai multe forme, ca asasinatul (omorul cu premeditare), omorul efectuat din interese materiale, omorul ascendenților, descendenților, al unei femei gravide sau al unui soț, omorul făcut cu cruzime sau în situația în care victima era în neputință de a se apăra.

— Omorul atenuat (sau cu circumstanțe atenuante) include omorul efectuat din culpă (subiectul nu a intenționat suprimarea vieții, dar datorită nepregătirii, neglijenței, imprudenței sau ușurinței, efectul a fost același) sau la rugăminte (eutanasia). Legea prevede și un omor din culpă agravat, ori de cîte ori se produce prin nerespectarea regulilor de exercitare a unei profesiuni, cînd autorul omorului din culpă se află în stare de ebrietate sau cînd efectul culpei a fost o pluralitate de victime.

Legea incriminează apoi leziunile cauzatoare de moarte ca fiind o infracțiune preterintenționată, atunci cînd subiectul a avut doar intenția de a lovi, dar, datorită unei stări premorbide sau unei boli, s-a produs moartea. În acest caz, autorul răspunde din intenție pentru lovire și din culpă pentru omor.

Legea incriminează și tentativa de omor, ori de cîte ori, din diferite motive, nu se realizează scopul propus de autor, precum și actul de determinare la suicid, prin constrîngere fizică sau morală. Unele situații ca legitima apărare constituie cauze de înlăturare a răspunderii, ori de cîte ori se întrunesc anumite condiții, prin care, cea mai importantă se referă la proporționalitatea dintre agresiune și ripostă (cu excepția unor stări psihice acute), și anume, riposta să nu depășească în intensitate agresiunea. Starea de necesitate, cazul fortuit (prin lipsa posibilităților de prevedere) și eroarea de fapt (cînd se acționează în împrejurări necunoscute, asupra cărora nu există nici o îndoială) constituie de asemenea cauze de neimputabilitate, în condiții precis stipulate de lege.

PATOLOGIA MEDICO-LEGALĂ PRIN AGENȚI MECANICI

În categoria agenților mecanici intră o multitudine de obiecte ce au aptitudinea de a acționa prin lovire, tăiere (diereză), perforare, comprimare, smulgere sau strivire. Clasificarea agenților mecanici este relativă, tocmai datorită numărului și efectelor lor variabile, efecte care se situează între o excoriație banală și un suflu de explozie. Cei mai importanți agenți mecanici sînt obiectele contondente, care ar putea fi clasificate în obiecte de formă relativ geometrică, obiecte preparate în prealabil în alte scopuri sau în scop agresiv (ciocan, pumnal, glonț etc.), obiecte neregulate și întîmplător utilizate în scop agresiv (piatră, cărămidă, lemn) precum și mijloace de apărare sau agresiune ale omului (pumn, dinți, picior etc.). De fapt, în mediul înconjurător aproape totul se prezintă cu aspect contondent, dar în categoria agenților mecanici intră și obiectele tăioase, despicător-tăioase și înțepătoare, armele de foc, accidentele de trafic etc., care se vor reflecta mai mult sau mai puțin fidel în producerea unor leziuni specifice. Agenții mecanici vor avea efecte cu atît mai accentuate asupra corpului uman cu cît energia lor cinetică va fi mai mare (energia cinetică crește în raport cu masa agentului mecanic și cu viteza sa).

MEDICINA LEGALĂ A TRAUMATISMELOR CRANIO-CEREBRALE

Moartea violentă prin traumatisme cranio-cerebrale înregistrează astăzi o creștere deosebită, datorită riscului de accidentare în cadrul accidentelor rutiere, căderii și agresiunilor prin traumatisme cranio-cerebrale. Numai în accidentele de trafic, frecvența traumatismelor cranio-cerebrale urcă la 60—70%. Mortalitatea prin traumatisme cranio-cerebrale atinge 70% față de 6% prin traumatisme toracice și 4% abdominale.

Traumatismul cranio-cerebral este, în general, un traumatism neurovascular, a cărui intensitate depinde de următorii factori:

— viteza și masa corpului ce acționează asupra capului, care, cu cît vor fi mai mari, cu atît vor elibera o cantitate mai mare de energie cinetică iar efectele cranio-cerebrale vor fi mai ample;

— gradul de deplasare și dislocare al masei cerebrale în interiorul unei cavități închise;

— intensitatea excitării interoceptorilor vasculari cerebrali prin acțiunea vibratorie produsă ca efect cinetic al agentului mecanic;

— acțiunea mecanică a l.c.r.

Traumatismele cranio-cerebrale, după modul lor de producere, pot fi directe și indirecte.

Traumatismele directe se produc prin următoarele mecanisme:

— prin accelerație, ori de cîte ori un obiect mecanic în mișcare lovește capul în poziție staționară și cînd, în general, se constată o concordanță lezională între scalp, os și creier;

— prin decelerație, ori de cîte ori capul în mișcare se lovește de un obiect sau suprafață contondentă fixă și cînd vom asista, mai frecvent, la o discordanță lezională între scalp, craniu și creier, de unde frecvența leziunilor de contralovitură cerebrală și a răsunetului traumatismului la nivelul trunchiului cerebral;

— mecanisme mixte, ori de cîte ori după o lovire prin accelerație urmează o lovire prin decelerație (de exemplu lovirea capului urmată de cădere pe o suprafață dură).

Traumatismele cranio-cerebrale indirecte se produc prin:

— accelerație sau decelerație fără impact, așa cum se întîmplă în accidentele de trafic, fie prin lovirea vehiculului în mers sau a vehiculului staționînd de către un alt vehicul și cînd ocupantul poate suferi leziuni fără impact, mai ales la nivelul joncțiunii cranio-spinale;

— impact extracranian, așa cum se întîmplă în lovirea bărbiei, căderea pe fese, cînd, prin intermediul maxilarului sau coloanei vertebrale se pot produce leziuni grave ale bazei craniului și creierului, inclusiv telescoparea coloanei vertebrale în cavitatea craniană.

Pentru ușurința cercetării morfologice, leziunile craniocerebrale trebuie studiate de la exterior spre interior.

Leziunile scalpului sînt cele mai frecvente leziuni craniocerebrale, care în mod obligatoriu trebuie să se producă, dacă asupra capului acționează un obiect contondent. În situația în care realitatea traumatismului este incontestabilă dar leziunile scalpului lipsesc, se poate admite, ca situație de excepție, faptul că ori capul a fost bine protejat și acoperit (cască, păr abundent, căciulă), ori leziunile infiltrative ale pielii craniului s-au resorbit și dispărut în timp (traumatism în antecedente). În atare interpretare trebuie însă prudență. Cele mai frecvente leziuni ale scalpului sînt plăgile contuze, plesnite și tăiate, care prezintă fiecare o semiologie specifică. Atare plăgi pot fi apoi exclusive (tăiate, contuze, înțepate) sau inclusive (interesînd craniul și creierul). Plăgile contuze au margini neregulate, cu includeri de țesuturi zdrobite sau corpi străini între marginile plăgii, deseori cu dispariția prin atriție (pierdere) a țesuturilor, fiind situate, de regulă, pe o suprafață infiltrativ-hemoragică subjacentă, deseori mai mare decît plaga deschisă la exterior. Plăgile contuze sînt produse prin obiecte contondente care, în raport de mărimea lor, își pot lăsa forma pe tegumente, produc plăgi în trei colțuri (exemplu prin mușchea unui ciocan) sau plăgi neregulate ori plesnite. Probleme de diagnostic diferențial ridică deosebirea plăgilor plesnite de cele tăiate (fig. 43). Astfel, în unele spețe, calificarea faptului ca accident și nu crimă, sau invers, a depins de un atare diagnostic diferențial.

Plăgile pielii capului sînt, în general, considerate ca deschise pentru conținutul cavității craniene. De aceea, chiar simplele excoriații ale epidermului sau lezările dermului, prin venele emisare, pot fi sursa unor grave infecții

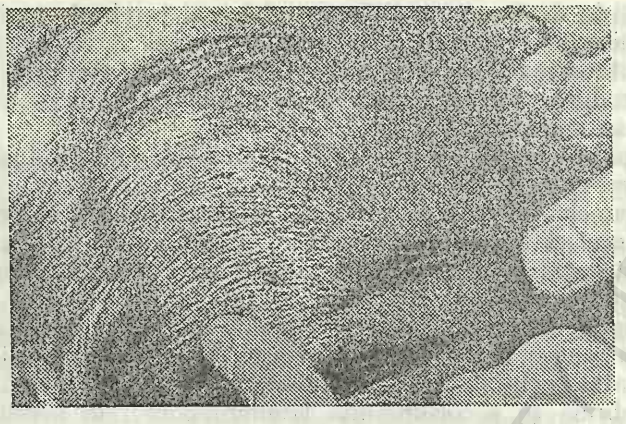


Fig. 43. Plăgi plesnite pericraniene.

meningo-cerebrale. Faptul obligă la o atitudine medicală foarte atentă în ceea ce privește tratamentul și urmărirea bolnavului.

Alteori, scalpul nu prezintă soluții de continuitate la exterior, dar țesuturile moi pericraniene pot fi sediul a numeroase infiltrate hemoragice, izolate sau difuze, și mai rar al unor adevărate colecții sangvine sub formă de hematoame. Etiologia acestor infiltrate hemoragice este, în general, traumatică, excepțional putîndu-se întîlni sub forma unor peteșii conglomerate, localizate cu precădere în regiunile temporo-parietale, în cazul asfixiilor acute sau intoxicațiilor cu CO.

Problemele medico-legale pe care le ridică leziunile scalpului (plăgile deschise sau infiltratele hemoragice epicraniene) se referă la:

— realitatea traumatismului;

— precizarea numărului impactelor craniene ce se face prin cercetarea minuțioasă a numărului plăgilor sau infiltratelor hemoragice (fig. 44; planșa II, fig. 7). Individualizarea acestor infiltrate este, de regulă, ușoară, dar alteori ele confluează încît nu pot fi delimitate. În această ultimă situație, concluzia va putea fi de loviri multiple, dar fără a se putea preciza numărul lor;

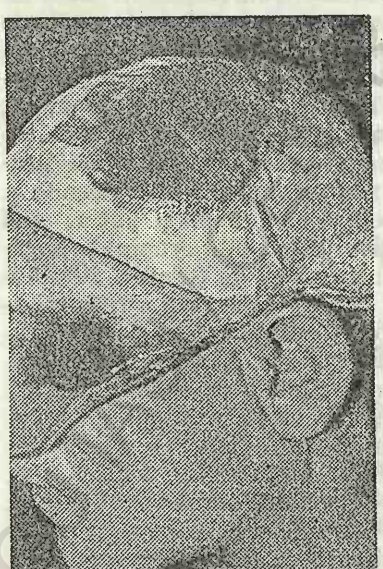


Fig. 44. Infiltrat hemoragic pericranian.

— precizarea felului obiectului rezultă din aspectul morfologic al leziunii. În general, obiectele contondente, cu suprafață mică și formă geometrică, își pot reflecta forma, mai mult sau mai puțin, în leziunile scalpului (fig. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51; planșa II, fig. 8).

— direcția de lovire: sediul leziunii epicraniene arată locul impactului și deci direcția din care s-a lovit.

Fracturile craniene se pot localiza la calotă sau la bază. Ele pot fi directe sau prin contralovitură ca, de exemplu, cele de pe plafonul orbitei sau etmoid în impactele occipitale. Mai ales etmoidul se fracturează astfel la o simplă apăsare, ca o coajă de ou.

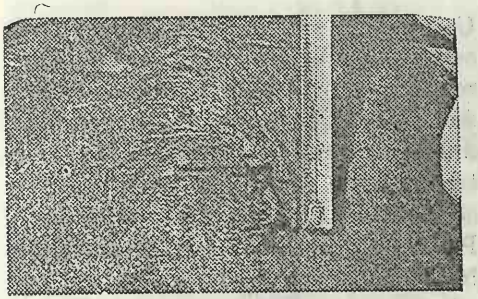


Fig. 45. Plagă plesnită prin levier.

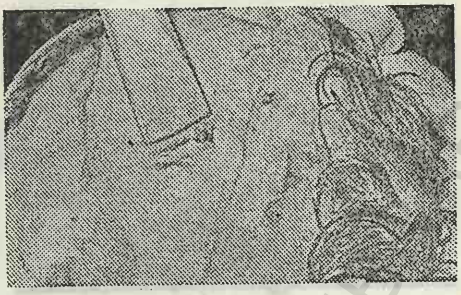


Fig. 46. Fisură de calotă prin levierul din imaginea precedentă.

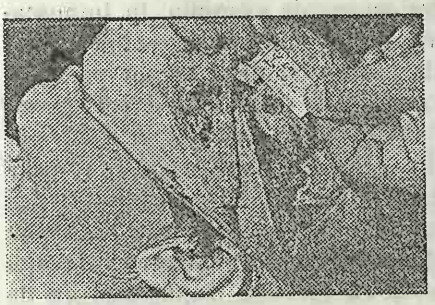


Fig. 47. Fractură craniană triunghiulară (vezi planşa II, fig. 8).

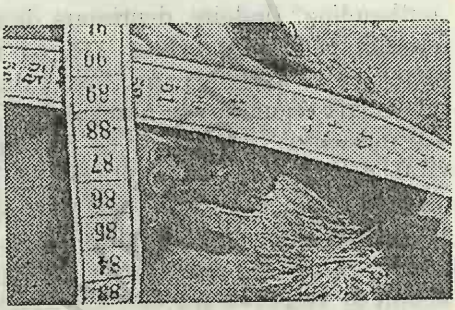


Fig. 48. Excoriaţii frontale.

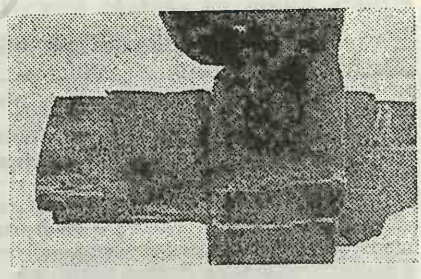


Fig. 49. Obiectul contondent (muchea) ce a produs excoriaţia din figura precedentă.

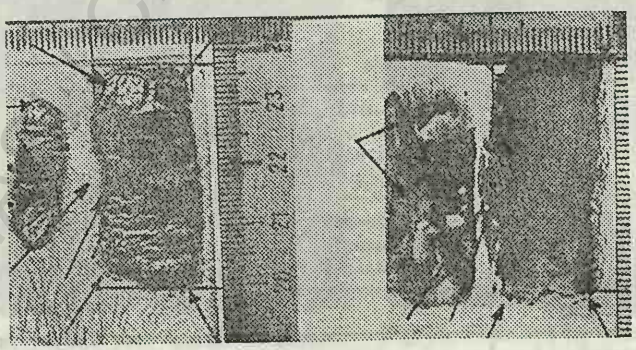


Fig. 50. Reproducere experimentală a leziunilor din fig. 48, 49.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

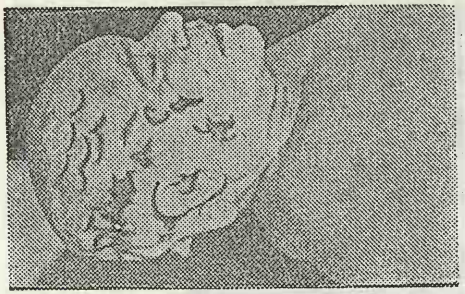


Fig. 51. Leziuni pericraniene produse cu o teslă.

Ori de cîte ori interesează o tăblie osoasă, se numesc fisuri, iar cînd interesează ambele tăblii și diploia se prezintă sub forma unor fracturi liniare, unice sau ramificate (tabelul 11) (fracturi liniare simple și ramificate) și cominutive (cu sau fără înfundare). Pe calotă, os lat, vor fi frecvente fracturile prin înfundare, care, cel mai adesea, se produc prin mecanism de „inbending" (deprimare, îndoire de la exterior) și mai rar prin mecanism de „outbending" (îndoire, deprimare de la interior ca, de exemplu, în împușcarea sub bărbie, în orbită etc. cu răsfrîngerea și eliminarea eschilelor din vertex către exterior) (fig. 52). Înfundările osoase craniene se pot prezenta sub formă regulată sau neregulată. Uneori, eschilele înfundate se redresează sub influența fenomenelor de putrefacție cerebrală sau la copii prin edemul vital, dar alteori, prin multitudinea lor, sînt greu de reconstituit. Fracturile regulate, prin înfundare, păstrează amprenta obiectului (fracturi-amprentă) și au mare importanță medico-legală, deoarece permit identificarea agentului vulnerant. Astfel, ori de cîte ori suprafața unui obiect vulnerant este sub 4 cm^2, se va produce o amprentă tipică, fidelă cu obiectul, după cum, ori de cîte ori suprafața obiectului este sub 16 cm^2, se va produce o amprentă co-

Tabelul 11.

Clasificarea fracturilor craniene (I. Oprescu și col.)

Liniare	— simple — multiple izolate — ramificate sau stelate
Cominutive	— depresive — nedepresive
Depresive	— simple — cominutive — evulsive
Perforante și penetrante	— simple — multiple
Combinate	— cominutivă depresivă + liniară simplă — perforantă simplă + liniară multiradiată — depresivă simplă + liniară simplă — liniară multiplă + depresivă simplă etc.
Complexe	— comunicantă cu sinusurile frontale și transetmoidal cu nasul — comunicantă cu orbita — comunicantă cu urechea
Abraziunea craniului	
Fracturi indirecte	

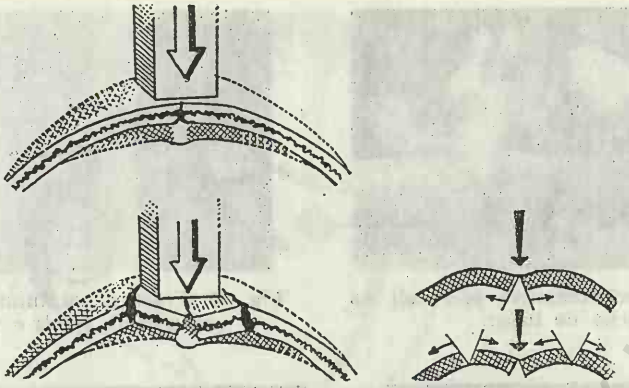


Fig. 52. Mecanismul producerii fracturilor craniene (Reimann).

minutivă dar tot fidelă obiectului (fig. 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60). Peste această suprafață, fracturile nu mai păstrează forma agentului vulnerant și nu mai permit vreo identificare a obiectului. Fracturile prin lovire se produc în orice regiune a capului, iar cele prin cădere se produc, îndeosebi, în regiunile sale proeminente (regiunea temporo-parietală, a protuberanței occipitale externe, regiunea boselor frontale). O fractură în vertex nu se va putea produce prin cădere decît dacă victima a căzut în cap (cădere de acrobat).

Fracturile de bază craniană se pot produce în toate cele trei etaje, în raport de rezistența stîlpilor osoși de susținere ai bazei craniului. Deseori, fracturile bazei sînt iradiate de la calotă și mai rar sînt localizate numai la baza craniului. Uneori sînt atît de discrete, sub formă de fisuri, mai ales la nivelul stîncii temporalului sau etmoidului, încît trebuie căutate cu multă atenție pentru a găsi, de exemplu, poarta de intrare a unei infecții. În acest scop trebuie îndepărtat meningele de pe bază, în mod obligatoriu. În căderile occipitale, fracturile protuberanței occipitale iradiază în etajul posterior al bazei, după cum, în căderile pe fese, se pot întîlni fracturi ale conturului găurii occipitale. De asemenea, în lovirile în vertex, se pot produce fracturi ale bazei craniului prin mecanismul de blow-up.

Fig. 53. Fractură ovalară prin muche de secure.

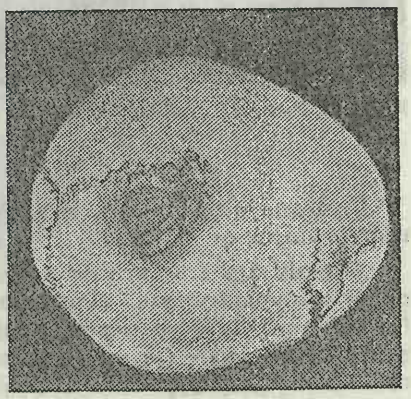


Fig. 54. Fractură în terasă prin muche de ciocan.

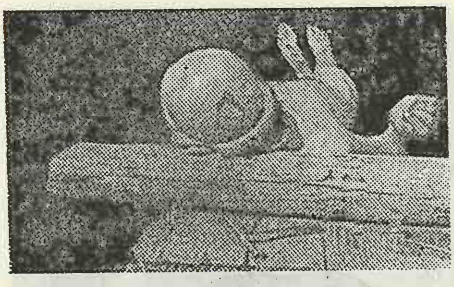


Fig. 55. Fractură craniană prin colţ de muche de topor.

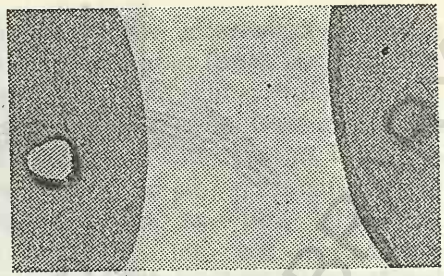


Fig. 56. Fractură cu înfundare (endo- şi exocraniu) printr-o supapă.

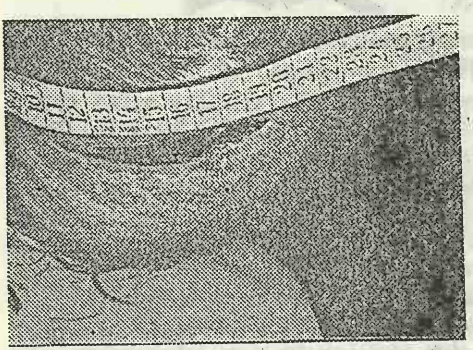


Fig. 57. Plagă plesnită produsă cu un obiect contondent (lemn).

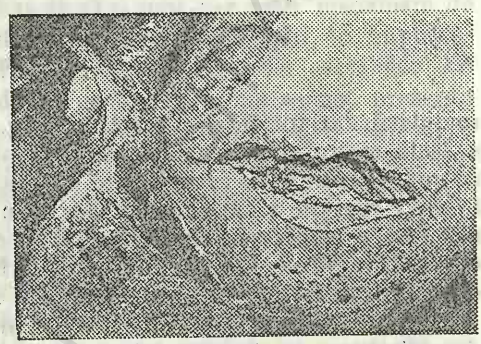


Fig. 58. Fractură subjacentă plăgii plesnite din fig. precedentă.

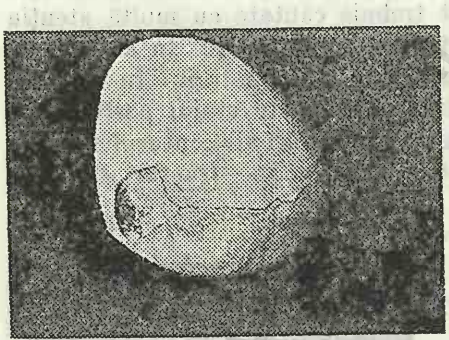


Fig. 59. Fractură craniană produsă cu o piatră.

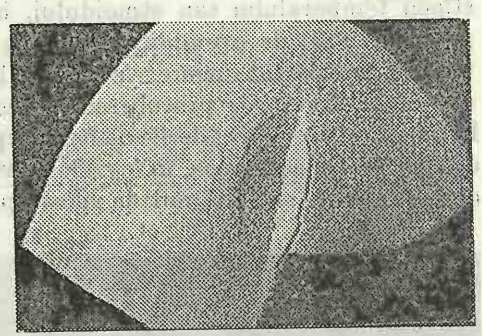


Fig. 60. Fractură craniană produsă printr-o piatră alungită.

Problemele medico-legale ce se pot rezolva cu ajutorul cercetării fracturilor craniene se referă la:

— realitatea fracturii ce nu comportă dificultăţi. Pentru fisuri se va recurge la diafanoscopia colorată, mai ales cînd acestea sînt submacroscopice (de 0,2 mm). În aceeaşi preocupare intră şi deosebirea liniilor de fractură de şanţurile vasculare (primele au traiect rectiliniu sau angular, sînt negre fiind radiotransparente, pe cînd celelalte au traiect sinuos, sînt gri deoarece sînt mai puţin radiotransparente prin aceea că nu interesează toată grosimea osului şi au distribuţie dicotomică);

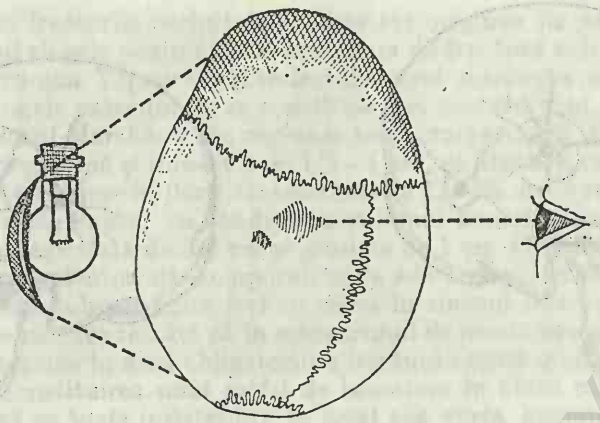


Fig. 61. Examen diafanoscopic.

— precizarea caracterului vital al fracturii prin evidențierea hemoragiei în diploe. Reacția infiltrativ-hemoragică persistă mai mult timp după moarte și ajută la precizarea momentului cînd a survenit lovirea (în timpul vieții sau după moarte) (fig. 61, 62);

— direcția lovirii se poate aprecia după traiectul fracturii, deoarece, la locul de impact, dehiscența fracturii este maximă și aceasta se micșorează și pierde în partea opusă impactului. Iradierea fracturilor se face totdeauna de la osul gros către cel subțire (de exemplu de la parietal spre temporal), fapt ce se va corela în acest scop;

— numărul de fracturi se precizează prin numărul de înfundări sau al traiectelor liniare izolate, existente pe calotă sau la baza sa (fig. 63);

— succesiunea în timp a fracturilor se precizează cu mai multă certitudine decît prin leziunile scalpului (unde intensitatea infiltratelor hemoragice pericraniene nu este întotdeauna un indiciu fidel privind succesiunea loviturilor în timp, deoarece, această intensitate depinde în primul rînd de intensitatea loviturii și în al doilea rînd de momentul survenirii ei), întotdeauna

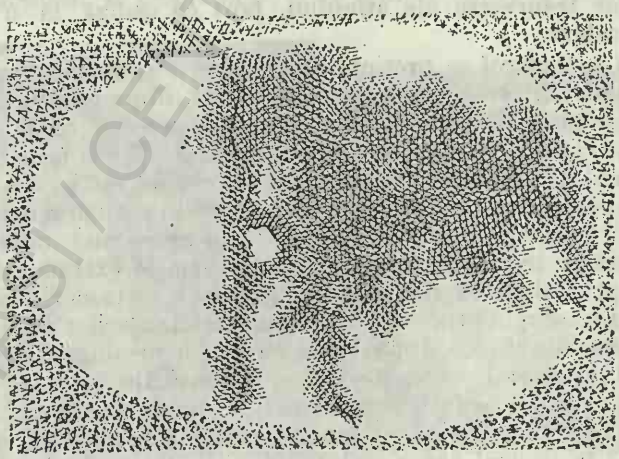


Fig. 62. Infiltrat hemoragic în diploe la examenul diafanoscopic.

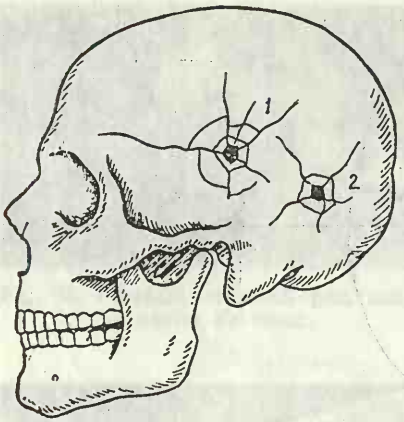


Fig. 63. Numărul focarelor de fractură.

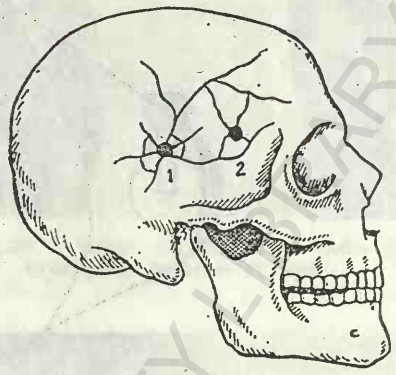


Fig. 64. Succesiunea loviturilor.

traiectul fracturilor ulterioare (posterioare) oprindu-se pe traiectul fracturilor precedente (anterioare) (fig. 64);

— decelarea tardivă a fracturilor după exhumare se bazează pe faptul că fracturile craniene nu fac calus ci se produce doar o obliterare a celulelor diploei;

— aprecierea intensității lovirii din realitatea fracturii se face pe baza constatării că osul cranian nu rezistă la viteze finale mai mari de 20 km/h.

Leziunile meningeale. Leziunile meningeale pot interesa atît foițele meningelui ca atare cît și spațiile virtuale dintre calotă și meningele dur sau dintre acesta și creier.

Una dintre cele mai frecvente leziuni meningeale este hemoragia subarahnoidiană, care se poate produce în traumatisme cranio-cerebrale, asfixii, intoxicații, infecții virale, dar și în ruptura anevrismelor meningeale, în discrazii sangvine sau în lovirea gîtului, cînd hemoragia se produce prin anoxie reflexă sau prin lezarea arterei vertebrale la trecerea sa prin prima vertebră cervicală. Deci, originea acestor hemoragii trebuie căutată cu multă atenție atunci cînd este vorba de lezarea ramurilor arterei vertebrale prin traumatizarea apofizelor transverse ale atlasului, fapt ce obligă la o minuțioasă disecție și cercetare.

Hematomul extradural se prezintă ca o colecție sangvină localizată între dura mater și os. El este mai frecvent la tineri, după cum cel subdural la bătrîni, și recunoaște ca factori favorizanți detașarea durei de endocraniu, presiunea intracraniană redusă (ca în fistulele de LCR sau la bătrîni) și terenul predispozant (fragilitatea vasculară, alcoolismul etc.).

Hematomul extradural se face la locul impactului și nu prin contralovitură, iar cel bilateral implică un impact bilateral sau un impact unilateral dar cu linie de fractură ce trece contralateral. Hematoamele extradurale sînt traumatice și excepțional patologice (eroziunea vaselor în tumori). Sursa sa este constituită de hemoragia produsă prin interesarea ramurilor arterei meningee mijlocii și mai rar din diploe. Interesarea ramurilor meningeei mijlocii se face odată cu fractura osului, care, trecînd prin șanțurile vasculare, lezează și vasele. Ruperea vaselor se datorește decolării durei de pe craniu în momentul impactului sau se produce prin tracțiunea exercitată de fractură. Alteori sursa hemoragiei este în sinusul venos longitudinal sau lateral, primul rupîndu-se în fracturile craniene, cu înfundare sau liniare, ce traversează linia sagitală

iar al doilea în fracturile occipitale. Foarte rar originea sîngelui este neprecizată. La copil sîngele poate difuza prin linia de fractură sub piele, dînd un hematom epicranian. Topografia și traiectul arterei meningee mijlocii explică de ce hematoamele extradurale se constituie, cel mai frecvent, în zona decolabilă a lui Gerard-Marchand din regiunea temporo-parietală. Cînd intervalul liber între lovire, comă și impact e de 1/2—1 oră, se atestă o secțiune a trunchiului arterei meningee mijlocii, iar cînd este de 12—24 ore, o secțiune a uneia din ramurile sale. Faptul va condiționa volumul hematomului care devine compresiv la o suprafață de 3/3 cm și grosime de 1 cm (100 ml). Localizarea poate fi deci supratentorială (temporal, unde aderența durei de os e slabă și osul subțire) sau subtentorială (cel cu sursă în sinusul lateral).

Din cele de mai sus rezultă că în mecanismul de producere a hematomului extradural intervine în mod obligatoriu o fractură craniană (fig. 65, 66). Este excepțională constituirea unui astfel de hematom în afara unei fracturi (ce trebuie căutată cu toată insistența). În acest caz sursa hematomului trebuie căutată în discrazii sangvine, lezarea ramurilor meningeei mijlocii de marginea șanțurilor vasculare. Ca sediu, hematoamele extradurale (ca și cele subdurale) se produc, frecvent, conform legii lui Larghero, și anume, ori de cîte ori capul este fix, hematomul se produce de aceeași parte cu traumatismul, iar cînd capul este mobil, hematomul se poate produce de partea opusă impactului. De aceea, în accelerații (loviri) sînt mai frecvente hematoamele extradurale decît în decelerații (căderi) cînd sînt mai frecvente hematoamele subdurale.

Sub aspect medico-legal, trebuie reținut, de asemenea, că după starea comoțională determinată de lovirea capului, subiectul poate prezenta un interval lucid, mai scurt sau mai lung, după care intră în comă și decedează; la autopsie se va constata un hematom extradural care a comprimat creierul. Intervalul lucid e consecința evoluției lente dată de sursa venoasă a hematomului, de detașarea durei pe o mică suprafață, sau de decompresiunea dată de o fistulă de LCR. Intervalul lucid merge pînă la 48 de ore și rareori pînă la 4 săptămîni (hematom extradural cronic), cînd face o membrană fibro-conjunctivă în jur. Hematomul extradural evoluează deci în două faze: compensată (cînd hematomul nu depășește volumul de rezervă de 12% cutie craniană și creier, nu produce simptome), și decompensată cînd evoluează rapid față de cel subdural. În prima fază, la 70% din bolnavi se produce o pierdere

Fig. 65. Hematom extradural.

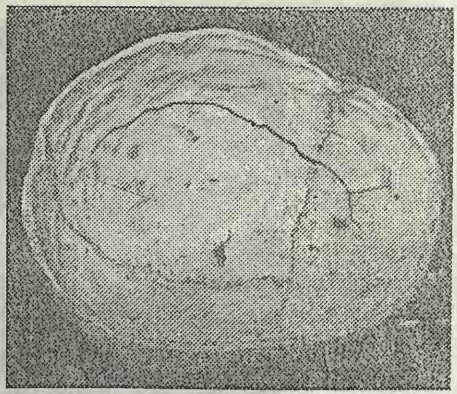


Fig. 66. Fractură corespunzătoare hematomului din fig. precedentă.

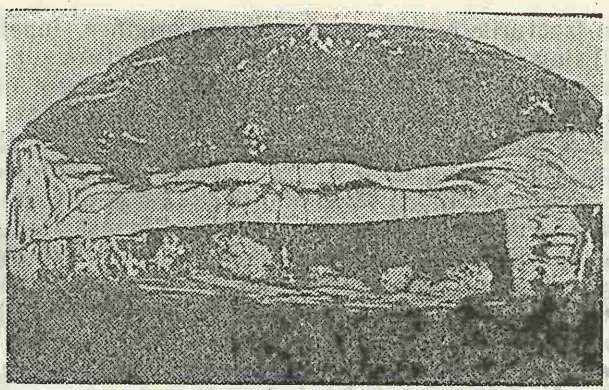


Fig. 67. Hematom extradural.

de cunoştinţă urmată de intervalul lucid de minute — ore—zile sau chiar luni (în mod excepţional). Cu cît pierderea iniţială de cunoştinţă e mai lungă, cu atît intervalul liber e mai scurt. Intervalul liber maxim citat a fost de 6 săptămîni. În sursele arteriale, intervalul va fi de asemenea scurt. După intervalul lucid se produce compresiunea, agravarea prin comă fiind rapidă după intervalele libere scurte şi lentă după cele lungi. În intervalul de luciditate, subiectul poate avea manifestări supravitale, ca într-un caz în care victima, cu un hematom extradural masiv, cu fractură de bază şi calotă a supravieţuit 12 ore, dar între timp a condus un vehicul, fiind interpretat ca circulînd în stare de ebrietate.

Sub aspect morfologic, hematomul extradural se prezintă ca o colecţie delimitată de sînge coagulat şi care la cantităţi de peste 100—150 ml (volum total) produce moartea prin comprimarea creierului (fig. 67, 68). El este letal cînd conţine 10% din volumul intracranian (140—150 ml). Amprenta creierului comprimat de hematom se observă uşor la necropsie, dar evacuarea acestuia la timp creează totdeauna şanse de supravieţuire. Hematomul extradural vital din traumatismele cranio-cerebrale nu trebuie confundat cu acumulările postmortale de sînge din spaţiul epidural, aşa cum se observă în carbonizările capului după moarte. În această ultimă situaţie, hematomul prezintă sînge lichid, neaderent de meninge şi nu produce o amprentă cerebrală de comprimare.

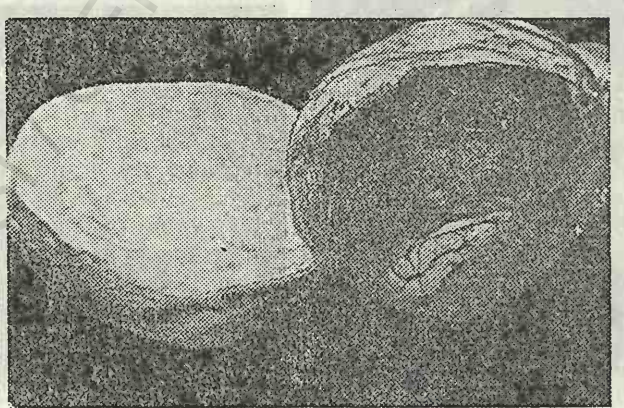


Fig. 68. Hematom extradural.

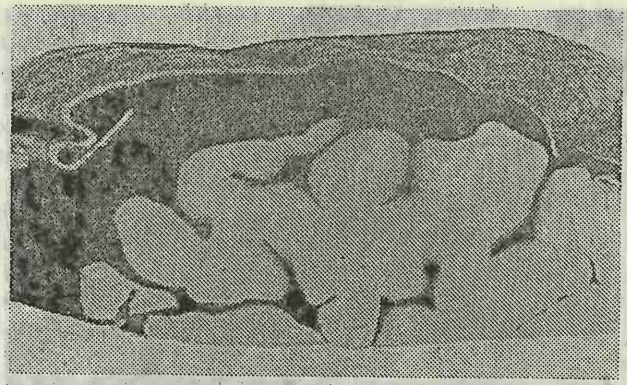


Fig. 69. Hematom subdural.

Hematomul subdural este o colecție sangvină care se produce, de această dată, între dura mater și creier (fig. 69). El se produce mai frecvent (ca și hematoamele intraparenchimatoase) în traumatismele prin decelerație, cu impact axial (frontal, occipital sau în vertex), față de cele cu impact lateral (temporal, parietal) ce produc mai frecvent hematoame extradurale. În hematomul subdural fracturile nu au deci semnificație patogenică, ci sînt o simplă coincidență. El produce moartea în una din cele trei faze evolutive ale sale, hematomul subdural putînd fi acut (în primele 7 zile), subacut (între 7 și 14 zile) și cronic (peste 14 zile). Uneori, după acest interval, conținutul sangvin din capsula hematomului se resoarbe și, prin prezența unui lichid clar ca apa de stîncă, în interiorul său, capătă denumirea de hidromă, iar cînd are lichid xantocromic și albumină se numește higromă. Membrana de fibrină apare la 7 zile, iar capsula conjunctivă la 2 săptămîni, capsulă ce are o foiță externă, parietală, de 1—3 mm, cu vase de neoformație și aderentă de dură și o foiță internă, viscerală, avasculară, în contact cu cortexul. Ca simptome și acest hematom poate avea interval liber de 24 ore (în cel acut), de 2—10 zile în cel subacut și de 1—2 luni în cel cronic. La bătrîni, hipertensiunea intracraniană e mai rară, hematomul are volum mai mare (creierul se atrofiază) iar intervalul liber este mai lung. Mai rar, hematomul subdural cronic se poate calcifia. Un astfel de hematom organizat poate explica morfologic afazia, epilepsia etc. din antecedentele decedatului.

Sursa sîngelui din hematomul subdural se află în ruperea venelor cortico-meningee aferente sinusului longitudinal superior sau sinusurilor bazale, rupere determinată de traumatismul vibrator al creierului (zdruncinarea masei cerebrale într-o cavitate închisă prin traumatism). Dacă vasele menționate se rup în vecinătatea durei se produce un hematom subdural, iar dacă se rup în vecinătatea arahnoidei se produce o hemoragie subarahnoidiană. Mai rar sursa este într-o dilacerare cerebrală, o eschilă ce lezează sinusurile sau în artera meningee mijlocie cînd prin ruptura durei sîngele pătrunde sub dură. Volumul critic obișnuit este 50—150 ml.

Sub aspect etiologic, hematomul subdural este, de regulă, traumatic, chiar și atunci cînd se invocă originea sa patologică. După Arseni, el are etiologie sigur traumatică în 70% cazuri. Ori de cîte ori fondul premorbid este evident (ateroscleroză meningeală, anevrisme și angioame meningeale, leziuni vasculare inflamatorii, diateze hemoragice etc.), nu se exclude existența unui traumatism cranian în antecedente, încît el trebuie evidențiat prin cercetarea minuțioasă a urmelor acestuia. Deseori, traumatismul este atît de îndepărtat

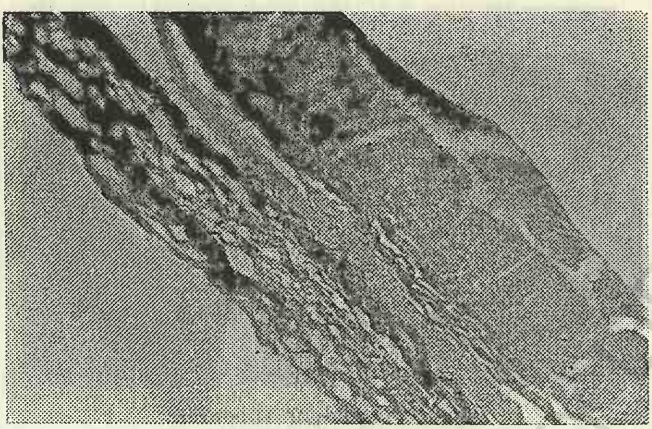


Fig. 70. Pahimeningită disecantă Vircow.

în antecedentele bolnavului, încît acesta îl şi uită. Astfel, la o lovire banală cu mîna peste cap, un subiect acuză o cefalee repetată, calmată cu antinevralgice timp de o lună, după care decedează subit iar necropsia evidenţiază un hematom subdural cronic.

Hematomul subdural traumatic trebuie deosebit de hematomul subdural spontan (patologic), care este consecinţa pahimeningitei hemoragice disecante a lui Virchow. Diagnosticul diferenţial rezultă din caracterul bilateral al hematomului spontan faţă de cel traumatic (care este unilateral) şi din existenţa leziunii de pahimeningită (absentă în hematomul subdural traumatic). Examenul microscopic completează criteriile acestui diagnostic diferenţial (fig. 70; tabelul 12).

Tabelul 12.

Diferenţierea hematomului subdural cronic traumatic de cel netraumatic (C. Arseni)

Natura hematomului	Sediu	Întindere	Caractere ale membranei	Dura de partea opusă
Traumatic	Unilateral subdural	Pînă la linia mediană	Conjunctiv organizat	Dura normală
Netraumatic	Intradural	Sub linia mediană	Conjunctiv tînăr	Pahimeningită disecantă

Hemoragiile subarahnoidiene se produc după traumatisme, pe fond de pahimeningită hemoragică Vircow (ca în alcoolismul cronic, reumatism, tbc, avitaminoze, afecţiuni renale, cardiovasculare), după anevrisme ale vaselor cerebrale (ce se cercetează după injectarea de substanţe colorate), prin lezarea arterelor vertebrale sau după contuzii corticale. Orice hemoragie subarahnoidiană netraumatică însă obligă la căutarea unui anevrism.

Hematoamele intraparenchimatoase au drept cauze hipertensiunea, ateroscleroza, etilismul cronic, eclampsia, ciroza hepatică, hemofilia, tromboflebitele cerebrale, malformaţiile vasculare etc. şi pot fi precipitate de traumatisme sau de eforturi. Criteriile incriminării unui traumatism la originea sa implică coexistenţa unei urme de plagă craniană, a apoplexiei şi excluderea unor leziuni vasculare de alte etiologii. Volumul său e de 40—100 ml şi uneori

comunică cu ventriculii. Volumul critic e de 15—20 ml și totdeauna, în cel pur traumatic, hemoragia predomină asupra distrucției nervoase. Alteori hematomul este secundar și se dezvoltă într-un focar de dilacerare sau prin coalescența unor contuzii subcorticale. Ca și la celelalte hematoame, intervalul liber poate fi mascat de starea de ebrietate.

Complicații ale hematoamelor intracraniene

— Edemul cerebral urmat de hipertensiune intracraniană. Edemul antrenează sindroame de angajare temporală (prin *foramen ovale* sau sub coasa creierului) în hematoamele supratentoriale, și cerebeloase (a amigdalelor cerebeloase prin gaura occipitală) în cele subtentoriale. Hipertensiunea intracraniană duce la hipertensiune arterială în scopul de a o menține deasupra presiunii intracraniene (reflex Cushing).

— Coma cerebrală de diferite grade, mai ales cea depășită și de durată, duce la autoliză *in vivo*, chiar în moartea clinică putînd persista fenomenele circulatorii cerebrale. În caz de supraviețuire, sindromul apalic realizează „o existență fizică fără lumina spiritului".

— Hidrocefalia acută poate fi consecința hiperproducției, insuficienței de resorbție sau blocării căilor de circulație a LCR.

— Hemoragii Duret, subependimare pe ventriculul IV datorită vibrării transmisă prin LCR.

— Aerocelul posttraumatic (chistul subarahnoidian) prin deschiderea sinusurilor craniului.

— Abcese extradurale prin osteomielită sau empiem subdural.

Comoția cerebrală este un semn de suferință funcțională a creierului întîlnită în diferite traumatisme cranio-cerebrale. Ea este reversibilă, dar, excepțional, poate duce la moarte (așa-numitele comoții fatale ale lui Boek). Se admite că substratul funcțional al comoției rezidă într-o desinaptizare traumatică pasageră dar, astăzi, se caută din ce în ce mai insistent substratul său morfologic.

Contuzia cerebrală este o leziune hemoragică localizată a creierului fără soluție de continuitate la nivelul scoarței cerebrale. Ea rezultă din confluarea unor microleziuni vasculare (tabel 13). Se produce atît la locul impactului traumatic (fig. 71), cît și în partea opusă impactului, cînd capătă denumirea de contuzie prin contralovitură („contre coup"). Cel mai frecvent, aceste contuzii de contralovitură se produc în cadrul decelerațiilor (căderilor) și sînt mai frecvente în regiunile unde reliefurile osoase endocraniene sînt mai accentuate. De exemplu, se vor constata mai frecvent în porțiunile inferioare ale lobilor frontali sau în polul lobilor temporali, la impactele occipitale. Cunoașterea contuziilor de impact sau contralovitură are deosebită importanță medico-legală, deoarece ne ajută să precizăm numărul loviturilor și direcția lor. Astfel, deși traumatismul este unic, creierul poate prezenta mai multe zone de contuzie, deci atît la nivelul impactului cît și în partea sa opusă.

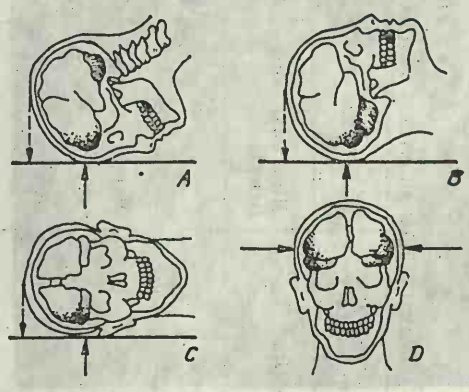


Fig. 71. Mecanismul de producere a contuziilor corticale (Oprescu).

Tabelul 13.

Biomecanica leziunilor traumatice cranio-cerebrale (I. Opresc u şi colab.)

CARACTERELE AGENTULUI TRAUMATIZANT			LEZIUNEA	
SUPRAFAŢA DE CONTACT	VITEZA	MASA	CRANIANĂ	CEREBRALĂ
Ascuţită	Mică, dar suficientă	Mică	Fractură liniară	Minimă (comoţie)
„	„	Mare	Fractură perforantă	Contuzie, dilacerare limitată (eventual)
„	Mare	Mică	Fractură penetrantă	Dilacerare, contuzie
„	„	Mare	Fracturi complexe: liniare lungi, iradiate, excepţional infundare, mai rar cominutive	Dilacerare profundă, contuzii interne, hemoragii, eschile intracraniene (rar)
Largă	Mică, dar suficientă	Mică sau mijlocie	Fractură depresivă a tablei externe	Minimă (interne)
„	Mare	Mijlocie	Fractură depresivă cu înfundare osoasă cu efect compresiv	Compresiune centrală, contuzie, uneori dilacerare
„	„	Mare	Fractură complexă: depresivă, cominutivă cu efect mixt, compresiv şi penetrant	Compresiune mare, contuzie mare, dilacerare, reţenţie de corpi străini: eschile scalp, păr etc.
Dublă (bilaterală)	Medie	—	Fracturi multiple, liniare, cominutive, multiradiate	Contuzii întinse, difuze
„	„	—	Orice tip de leziune osoasă	Orice tip de leziune

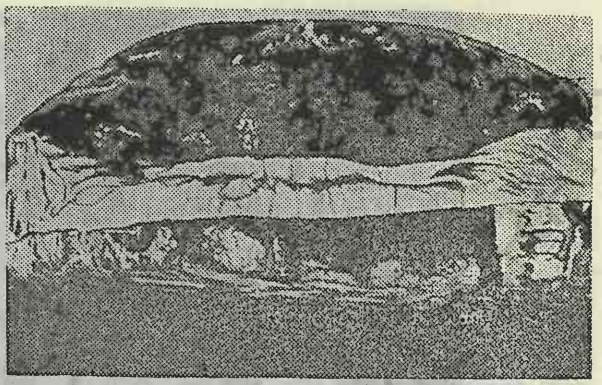


Fig. 72. Dilacerări frontale și temporale prin contralovitură.

Dilacerarea cerebrală reprezintă o soluție de continuitate a suprafeței externe a creierului consecutivă leziunilor hemoragice și distructive ale substanței cerebrale, care apare astfel atrițională (fig. 72, 73).

Edemul cerebral poate fi, de asemenea, o leziune tanatogeneratoare, mai ales în traumatismele cranio-cerebrale închise, fără soluții de continuitate ale scalpului și craniului. Edemul cerebral hemodinamic se află cu precădere în substanța albă, față de cel hipoxic sau toxic, care se localizează cu precădere în substanța cenușie. Edemul cerebral hemodinamic din substanța albă se va deosebi de edemul osmolar (tumefierea cerebrală, „brainswelling") care este în realitate o intoxicație cu apă a celulei cerebrale. În edemul cerebral creierul va fi mare, ventriculii mici, circumvoluțiile șterse, șanțurile dintre ele micșorate, venele turgescente, meningele opalescent și limita dintre substanța cenușie și albă estompată. După edem, tardiv poate apărea un creier cu aspect spongios, consecință a dilatării spațiilor perivasculare și perineuronale prin edem.

Hemoragiile cerebrale patologice sau violente de altă natură se pot întîlni sub următoarele forme morfologice mai frecvente:

— În unele tipuri de intoxicație ca și în asfixii, hemoragiile cerebrale apar difuze, contrastînd în mod frapant cu leziunile localizate traumatice.

— Hemoragiile cerebrale din cadrul apoplexiilor consecutive hipertensiunii arteriale sau aterosclerozei cerebrale se caracterizează prin lipsa leziunilor pericraniene (sau prin caracterul lor redus, datorită căderii postictale) ca și a fracturilor craniene, în prezența unei inundații ventriculare și a unei hemoragii cerebrale cu sediul, mai frecvent, capsulostriat (fig. 74).

— Vasotrombozele cerebrale vor produce ramolismente cerebrale sub forma infarctelor roșii, de origine venoasă, sau albe, de origine arterială.

— Anevrismele vasculare cerebrale se întîlnesc mai frecvent pe ramurile carotidei interne și explică moartea prin hemoragii cerebrale spontane, mai ales la tineri. Ele pot fi decompensate de un trauma-

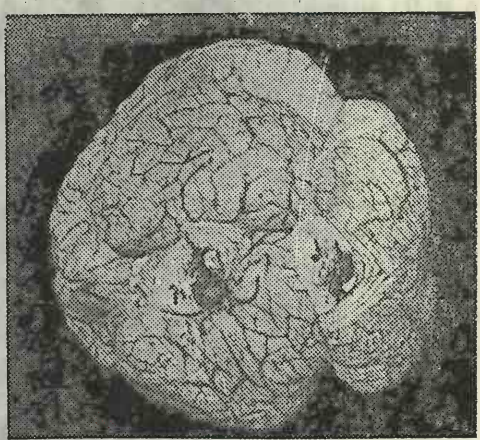


Fig. 73. Leziuni traumatice în trunchiul cerebral.

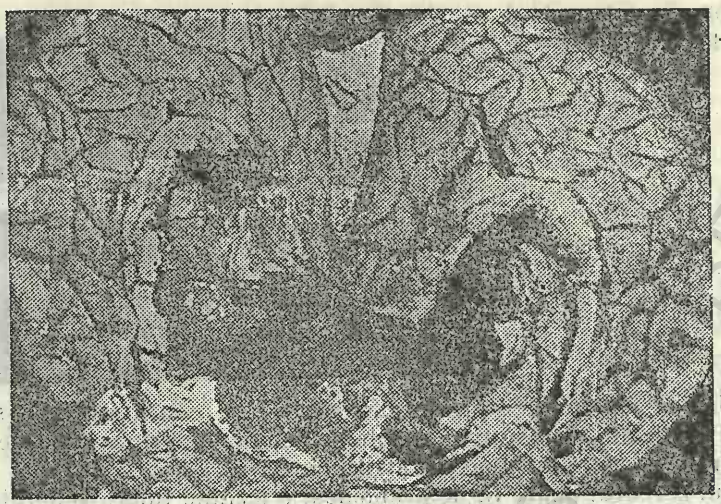


Fig. 74. Hemoragie ventriculară patologică.

tism minor sau, alteori, pot fi cauza directă a traumatismului (de exemplu cauza unui accident de trafic) (fig. 75). Mai rar, anevrismele vasculare cerebrale sînt posttraumatice, mai ales atunci cînd diferitele plăgi interesează peretele lateral al unui vas.

Sindroamele de angajare pot produce moartea, mai frecvent ca o consecință a angajării amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală datorită hipertensiunii intracraniene.

Prin creier visceral se înțelege producerea unor complicații pulmonare (bronhopneumonie), cardiace (edem pulmonar), digestive (dilatație gastrică acută) sau termice consecutive suferinței cerebrale posttraumatice. Aceste complicații se află frecvent la originea morții acestor bolnavi.

Traumatismele cerebrale produc, de asemenea, complicații letale de tipul infecțiilor meningeale, abceselor cerebrale, hidrocefaliei posttraumatice, fistulelor craniene cu colaps cerebro-ventricular etc.

Fig. 75. Hemoragie subarahnoidiană reflexă la lovirea gîtului.

Problemele medico-legale ale traumatismelor cranio-cerebrale

Una din problemele cele mai importante în moartea prin lovirea capului se referă la diagnosticul pozitiv de traumatism cranio-cerebral. Faptul obligă la diferențierea leziunilor traumatice de cele patologice, toxice, sau de modificările post-mortale. Circumspecția medicului trebuie să fie maximă, deoarece, fără clarificarea cauzei morții, nici o pretinsă hemoragie cerebrală patologică, la o persoană bolnavă sau în vîrstă, nu trebuie luată ca atare. Astfel, o bătrînă hipertensivă ce a fost găsită în comă la locul unei parcări a determinat la considerarea originii comei printr-un accident vascular cerebral patologic, pentru ca exhumarea să arate un traumatism cranio-cerebral produs prin lovire și cădere.

— Precizarea cauzei morții constituie o a doua problemă pe care o ridică traumatismele cranio-cerebrale. Moartea poate fi primară, consecutivă fracturii și hemoragiei meningo-cerebrale ori comprimării creierului prin hematoame, sau secundară prin infecții plecate de la cavitățile feței, ureche, în fracturile de bază sau de la plăgile scalpului. O moarte secundară este și aceea produsă prin complicații tardive (fistule, arahnoidite) sau precoce (asfixie prin vărsătură).

— Mecanismul de producere a leziunilor (patogenia lor) implică cercetarea și inventarierea minuțioasă a acestora, în scopul principal de a preciza dacă s-au produs prin lovire sau prin cădere. Spre deosebire de leziunile produse prin lovire, leziunile produse prin cădere se localizează pe părțile proeminente ale capului și corpului, se asociază cu leziuni ale membrelor, grație mecanismelor de apărare la cădere prin reflexele de postură, și coincid totdeauna cu o cauză de cădere (ebrietate, cauze de mediu fizic extern, afecțiuni neurologice etc.). Ca regulă generală, hematoamele extradurale se produc după traumatisme minore, prin accelerație, la impacte laterale și de aceeași parte cu capul. Cele subdurale acute se produc după traumatisme mai intense, cu impact axial, prin decelerație și sînt contralaterale impactului. Cele cronice se produc după traumatisme minore, cu impacte laterale, prin decelerație și sînt contralaterale impactului. Hematoamele intraparenchimatoase se produc după traume intense, în impacte laterale, prin decelerație, fiind de asemenea cotralaterale impactului.

— Precizarea numărului loviturilor aplicate asupra capului se face, de asemenea, prin delimitarea corectă a focarelor lezionale epicraniene cît și a focarelor de fractură. Se pot constata leziuni multiple produse de același obiect sau de obiecte diferite.

— Precizarea obiectului vulnerant ce a determinat leziunea (identificarea agentului vulnerant) constituie una din problemele principale care ajută la identificarea corpurilor delicte, a posesorilor și deci a autorilor. În plăgi, dar mai ales în fracturi, obiectele vulnerante de formă geometrică se pot reflecta cu multă fidelitate în acestea lăsînd forma lor în leziunile produse, față de obiectele ce nu au formă geometrică și care produc leziuni necaracteristice, comune unei categorii mai largi de obiecte contondente (piatră, cărămidă, băț etc.) și nu-și lasă forma în leziunile produse. În alte circumstanțe, caracterul masiv al leziunilor cranio-cerebrale (fracturi eschiloase cu dilacerarea creierului sau chiar evulsia sa) nu permite identificarea unui obiect vulnerant, dar lasă loc interpretării că prin dimensiunile sale mari a produs gravitatea leziunilor constatate.

— Succesiunea loviturilor se apreciază prin intensitatea infiltratelor hemoragice pericraniene (cele agonale sînt mai reduse decît cele vitale) și mai ales prin direcția traiectelor de fractură.

— Direcția de lovire a capului se poate face din vertex, de jos prin intermediul bazei craniului ca în căderile pe fese, din față sau din spate, din părțile laterale sau din direcții oblice anterioare și oblice posterioare. Sediul leziunilor, forma lor, gradul de dehiscență, concordanța leziunilor pericraniene și osoase, modul de detașare a eschilelor etc. ajută la precizarea direcției de lovire. Alteori, dîrele de sînge precizează relația dintre victimă și agresor (crustele dinspre frunte spre bărbie atestă poziția ortostatică a victimei, iar cele dinspre frunte spre ureche, poziția sa în decubit).

— În situația în care moartea se produce prin complicații sau prin traumatisme minore suprapuse unui fond premorbid sau patologic, se pun probleme de cauzalitate medico-legală care ajută la clarificarea unei fapte antisociale. Lovirile care au ca efect imediat moartea caracterizează, de regulă, infracțiunea de omor. Lovirile ușoare, ce produc moartea prin intermediul unei stări patologice (condiții patologice) caracterizează, de regulă, leziunile cauzatoare de moarte.

— Traumatismele sportive trebuie reținute ca producînd, de asemenea, consecințe cranio-cerebrale. Moartea în aceste împrejurări nu se explică numai prin efort acut, mai ales la cei fără antrenament, efort ce determină creșterea ritmului cardiac la peste 200 bătăi/minut și a debitului cardiac la peste 20 l/minut (cordul hiperkinetic, forțat), ci și prin leziuni cranio-cerebrale cum ar fi lovirea capului la box, cînd impactul ajunge pînă la 400 kg și determină leziuni hemoragice, de edem meningo-cerebral și chiar fracturi craniene.

— Traumatismele vertebro-medulare (tabelul 14) pun, de asemenea, probleme speciale de expertiză medico-legală, avînd în vedere gravitatea și me-

Tabelul 14.

Traumatisme vertebro-medulare acute (I. Oprescu și col.)

Leziuni vertebrale:
- Dislocări (luxații)
  - Sedii preferențiale:
    - cervical C_1—C_2 C_5—C_6
    - toracal T_{11}—T_{12} T_{12}—T_{13}
  - Sensuri posibile:
    - ventral
    - lateral
    - dorsal
    - rotator
- Fracturi
  - De corp vertebral:
    - totale
    - parțiale
  - De arc vertebral:
    - lame vertebrale
    - apofize artic.
    - apofize transv.
- Fracturi-dislocări

Leziuni medulare:
- Comoția — leziuni inframicroscopice
- Contuzia — leziuni macro- și microscopice de tip:
  - focal
  - difuz
  - la distanță
- Edemul medular
- Dilacerarea — în traumatisme penetrante — discontinuitate tisulară
- Necroză-lichefiere — secundară edemului sau prin tulburări vasculare
- Hematomielia — tubulară sau prin coalescență de hemoragii petesiale

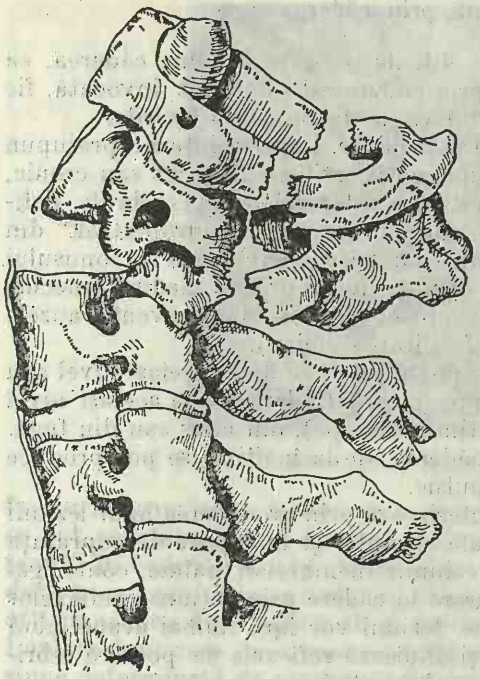


Fig. 76. Fractura „spînzuraților" (Arseni).

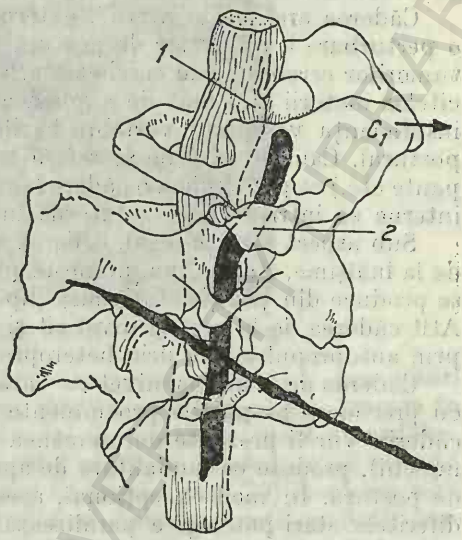


Fig. 77. Leziunile măduvei prin odontoidă în luxațiile de atlas (Arseni).

canismul lor de producere (lovire, cădere, răsucire etc.), de unde necesitatea efectuării unor examene morfologice minuțioase. Răsucirea capului, de exemplu, produce fracturi de odontoidă (de exemplu, în pruncucideri sau chiar la adult, de unde afirmația „a rupe gîtul"), fapt ce implică persuasiune, metodă de lucru constantă și minuțioasă pentru a decela astfel de leziuni ce pot trece neobservate (fig. 76, 77).

Traumatismele vertebromedulare se pot însoți de leziuni osoase minore și medulare accentuate. Atlasul este sediul fracturilor Jeferson, în impactele craniene, cu comprimarea măduvei de către atlas pe axis prin odontoidă. Fracturile odontoidei sînt mai rare ca luxațiile, și rotația excesivă a regiunii poate produce ischemii ale arterelor vertebrale cu infarctizări sau edem de trunchi cerebral. Axisul poate suferi fractura spînzuraților Jones-Wood (cînd nodul e sub bărbie, sau ca în trafic, cînd se lovește bordul cu bărbia) prin bruscă deflexiune cu fractura arcului și anterolistezis. Se mai pot produce tasări de corpi vertebrali, fracturi cominutive de corpi (ca în plonjoane în ape mici cu capul în jos) numite și fracturi în lacrimă („tear drop") etc. Atît fracturile cît și luxațiile produc comoții, contuzii și dilacerări medulare. Atare leziuni nu se vor confunda cu dislocările C_1—C_2 din manipulările cadavrului („undertaker fracture"). În general, leziunile superioare vertebrei C_4 sînt letale prin paralizia diafragmului.

Traumatismele cervicale produc tulburări de conștiință prin zdruncinarea substanței reticulare sau lezarea vaselor din cerebralele posterioare, care pot pune probleme de validitate psihică a depozițiilor celor lezați. Se produce o amnezie retrogradă a faptelor imediat precedente, ce tinde a fi umplută prin eludare sau confabulare.

Moartea violentă prin cădere

Datorită problemelor medico-legale dificile pe care le pune căderea, ea suscită o prezentare aparte. Moartea prin cădere este frecvent invocată, fie ca o realitate indubitabilă, fie ca o tentativă de disimulare a loviturilor.

Căderea are cauze interne, externe sau mixte. Cauzele interne presupun o perturbare a reflexelor de postură consecutiv etilismului acut sau cronic, tumorilor cerebrale sau cerebeloase, vertijelor, aterosclerozei cerebrale, deficitelor motorii etc. Sînt de asemenea cunoscute crizele de „drop-attak" din insuficiența vasculară vertebro-bazilară cu pierderea bruscă a tonusului postural. Cauzele externe se referă la condiții improprii de mediu (lunecuș, pante etc.) ce pot explica o cădere la un subiect sănătos. Mai frecvent, cauzele interne se intrică cu cele externe în facilitatea căderii.

Sub aspect medico-legal, căderea se poate produce de la același nivel sau de la înălțime, cînd se mai numește și precipitare. Căderea de la același nivel se produce din poziție staționară (lipotimii, sincope), din mers sau din fugă. Atît căderea de la același nivel cît și căderea de la înălțime se pot produce prin autopropulsie sau prin heteropropulsie.

Căderea de la același nivel se caracterizează prin producerea unor leziuni cu precădere pe părțile proeminente ale corpului și în raport de suprafața căderii. Vor fi prezente de asemenea leziunile membrelor (palme, coate, genunchi), produse ca modalitate de apărare la cădere prin acțiunea reflexelor de postură. În mod excepțional, aceste leziuni vor lipsi numai atunci cînd diferitele stări patologice paralizează și anulează reflexele de postură (ebrietate profundă, criză epileptică, ictus cerebral etc.).

Căderea de la înălțime se poate produce pe suprafețe foarte variate cum ar fi solul, apa, căderea în diferiți țepi cu producerea unor plăgi penetrante, pe sîrme întinse cînd s-au realizat chiar decapitări accidentale etc. Leziunile produse prin precipitare sînt cu atît mai grave cu cît înălțimea de la care se cade este mai mare. În aceste împrejurări, la componenta mecanică de impact a corpului cu suprafață dură de cădere se adaugă componenta cinetică, de creștere a gravității impactului și leziunilor în raport cu viteza din ce în ce mai accelerată în cădere, imprimată de înălțime. Astfel, la o cădere de la 3 m înălțime, leziunile vor fi asemănătoare cu acele produse la o viteză de impact de 25 km/oră pe cînd, într-o cădere de la 22 m înălțime, leziunile vor avea gravitatea rezultată dintr-o viteză de impact de 80 km/oră. Aruncarea de la 60—70 m înălțime face ca la nivelul solului corpul să ajungă cu o viteză de 130 km/oră.

În căderile de la înălțime se produc cele mai variate leziuni ale organelor interne (rupturi, zdrobiri etc.) iar tegumentele, de regulă, sînt lezate fie prin capetele oaselor fracturate, fie prin obiectele ascuțite de la locul căderii (fig. 78). În rest, tegumentele sînt rezistente la cădere, fapt ce a făcut să se afirme că în căderea de la înălțime rezistă numai pielea. Căderile de la înălțime pe suprafața apei produc leziuni similare căderilor pe sol.

În general, căderile pînă la 5 m nu produc leziuni ale organelor interne decît dacă-s bolnave, în căderile de la 5—10 m aceste leziuni sînt frecvente iar peste 10 m sînt obligatorii. Cum în precipitare corpul tinde să cadă cu capul în jos (datorită greutății mai mari a jumătății superioare a corpului), leziunile vor fi maxime în această jumătate. În căderile cu cască grea pe cap se produce sindromul bărbie-stern-cord, cînd capul comprimă sternul iar viscerele abdominale împing cordul în sus și astfel poate plesni. Vor fi frecvente deci fracturile de coaste la articulația vertebrală, de stern, fracturile inelare ale occipitalului, care în căderea de la același nivel lipsesc. La fel se produc

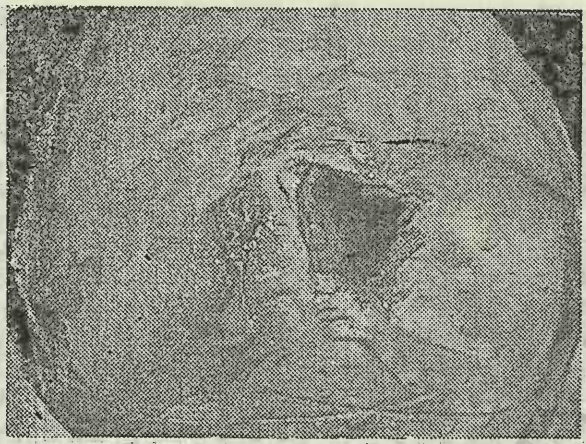


Fig. 78. Fractură prin cădere gen „acrobat" într-un șurub

fracturi laringiene, leziuni ale vaselor mari, viscerelor. În precipitări se pot constata leziuni aparent curioase, printre care leziuni de „tragere în țeapă" în căderile pe obiecte ascuțite, leziuni de plesnire solitară a cordului, dacă în momentul impactului cu solul cordul se afla în diastolă, cînd suportă atît presiunea din cavități cît și presiunea de impact (fig. 79) (conform legii Laplace după care „tensiunea e o forță ce tinde să distrugă pereții cavității, tensiune determinată de presiunea din intervalul său și de raza ei"), ruperea vaselor mari de la baza cordului, producerea de breșe diafragmatice, de explozii pulmonare dacă în momentul impactului glota era închisă și pulmonul în inspir, rupturi ale pediculului splenic cu constatarea splinei în bazin, fracturi ale bolții craniene prin telescoparea coloanei vertebrale în cavitatea craniană, fracturi femurale cu pătrunderea capetelor osoase în abdomen etc.

Problemele medico-legale ale morții prin cădere sînt generale (felul morții, cauza morții) și specifice. Dintre problemele specifice este necesar să reținem:

— necesitatea de a culege argumente de ordin medical (motivate de leziunile constatate), care să pledeze, cu certitudine sau cu rezerve pentru o

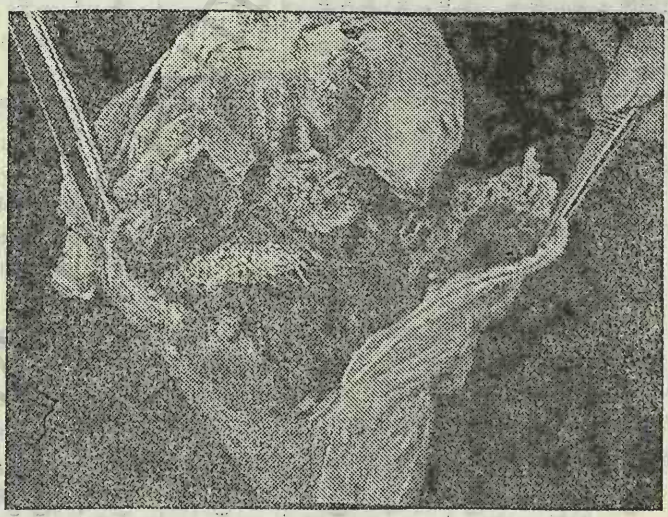


Fig. 79. Explozia cordului în precipitare.

Despre terminologia şi clasificarea leziunilor în cazul căderilor libere directe, de la înălţime *Tabelul 15.*

(după A. A. Matîşev. Sud. med. exsp., 1980, nr. 3 pp. 15—17)

Tipurile de cădere liberă directă de la înălţime, fazele şi mecanismele de instalare a leziunilor în cadrul acestor tipuri

Tipul căderii libere directe	Fazele instalării leziunilor	Mecanismul de instalare a leziunilor
Căderea pe un picior în extensie	1. Lovirea plantei de suport 2. Lovituri secundare în cadrul căderii ulterioare, mai des lateral: — pe mînă în extensie — pe suprafaţa laterală a corpului	1. În urma lovirii plantei, leziuni primare directe şi indirecte 2. În urma loviturii la nivelul braţului şi părţilor laterale ale corpului, leziuni secundare 3. În urma zdruncinării corpului
Căderea pe ambele picioare în extensie	1. Lovirea plantei de suport 2. Lovituri secundare în urma căderii consecutive, mai frecvent pe partea posterioară a corpului: — regiune sacro-fesieră — de ţesuturile cotului — spate, ceafă	1. În urma lovirii cu plantele, leziuni primare directe şi indirecte 2. În urma lovirii la nivelul părţilor posterioare ale corpului, la nivelul ţesuturilor cotului, leziuni secundare 3. În urma zdruncinării corpului
Căderea pe fese	1. Lovirea feselor şi a regiunilor fesiere 2. Lovirea secundară mai frecvent cu spatele şi ceafa	1. Prin lovirea feselor — leziuni primare directe şi indirecte 2. Prin lovirea spatelui şi a cefei, leziuni secundare 3. În urma zdruncinării corpului
Căderea în cap	1. Lovirea cu capul de suport 2. Lovirea secundară mai frecvent laterală sau a părţilor posterioare ale corpului	1. În urma lovirii în cap — leziuni primare, directe sau indirecte 2. În urma lovirii laterale sau a părţii posterioare a corpului — leziuni secundare 3. În urma zdruncinării corpului
Căderea pe părţile laterale ale corpului	1. Lovirea suprafeţei laterale a corpului	1. În urma lovirii laterale — leziuni directe primare, dar cîteodată şi leziuni indirecte 2. În urma zdruncinării corpului
Căderea pe suprafaţa posterioară a corpului	1. Lovirea de partea posterioară a corpului	1. În urma lovirii părţii posterioare a corpului — leziuni primare directe, dar cîteodată şi leziuni indirecte. 2. În urma zdruncinării corpului
Căderea pe partea anterioară a corpului	1. Lovirea de partea anterioară a corpului	1. În urma lovirii de suprafaţa anterioară a corpului, rezultă leziuni primare directe, iar cîteodată şi indirecte 2. În urma zdruncinării corpului

lovire sau cădere, după criteriile expuse. Nu se va pierde din vedere faptul că, în mod frecvent, leziunile de lovire sînt urmate de cădere;

— precizarea caracterului vital sau postvital al leziunilor, mai ales în precipitare, fapt ce permite a aprecia dacă o cădere a avut loc în timpul vieții (ca fiind datorită unui accident, sinucideri sau crime) ori după moarte, cînd, caracterul postvital al leziunilor — dar în prezența unor alte cauze de moarte (intoxicații, asfixii, plăgi tăiate etc.) — atestă tentativa de disimulare a crimei prin aruncarea cadavrului de la înălțime;

— expertiza va oferi apoi elemente în sprijinul calificării faptei drept crimă, sinucidere sau accident (tabelul 15). Caracterul particular al leziunilor ce nu se pot explica prin locul căderii va pleda și va determina la investigarea unei morți criminale. Actele preparatorii, antecedentele psihiatrice, înscrisurile lăsate etc., în prezența unor leziuni vitale de cădere de la înălțime, vor pleda pentru o defenestrare, ca act suicidar (ex. sindrom Elpenor). Condițiile de la fața locului precum și cercetarea factorilor favorizanți ai căderii (ebrietate, epilepsie etc.), în contextul unor leziuni de cădere, vor pleda pentru un accident. Medicul expert trebuie să furnizeze concluzii foarte prudente privind forma medico-legală a morții (crimă, sinucidere, accident), mai ales în căderile de la înălțime (defenestrările ambigue), deoarece o heteropropulsie criminală produce, evident, același tablou lezional ca și o autopropulsie suicidară, fapt care, în lipsa altor criterii, rămîne o problemă de resortul exclusiv al anchetei judiciare.

BIBLIOGRAFIE

1. Arseni C., Botez M.I., *Elemente de diagnostic neurochirurgical*, Editura Medicală, București, 1958.
2. Arseni C., Simionescu M., *Patologia vertebro-medulară neurochirurgicală*, Editura Medicală, București, 1968, 348—377.
3. Arseni C., Panoza Gh., *Patologia vertebro-medulară cervicală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1981.
4. Arseni C., Oprescu I., *Traumatismele cranio-cerebrale*, Editura Medicală, București, 1973.
5. Botez I. Mihai, Șerbănescu T., *Algiile craniene și cranio-faciale*, Editura Medicală, București, 1965, 134—142.
6. Calomfirescu Șt., *Edemul cerebral acut*, Dacia, 1982.
7. Dănischi A., Ionescu I., *Traumatologie practică*, Editura Medicală, București 1963, 162—238.
8. Dongorez și colab., *Explicațiile teoretice ale codului penal*, Editura Academiei R.S. România, 1970.
9. Eliakis C., *Iatros dikastiki*, Atena, 1963.
10. Georgescu B., *Traumatismele cranio-cerebrale*, Editura Medicală, București, 1958.
11. Marcovici N., *Cicatricea cerebrală*, Editura Academiei R.S. România, 1959.
12. Mason V., *The pathology of Violent Injury*, Arnold, Edinburg, 1978.
13. Marinescu D., Ioan C., *Mijloace juridice de ocrotire a sănătății*, Editura Medicală, București, 1971.
14. Obreja V., *Hematomul intracerebral primar*, Junimea, 1980.

15. Oprescu I., Ionescu I., *Urgențele în neurochirurgie și neurologie*, Editura Medicală, București, 1968, 9-79.
16. Rădulescu Al. D., *Traumatismele osteo-articulare*, vol. I, Editura Academiei R. S. România, București, 1967, 227—404.
17. Săceanu Al., *Hematoamele intracraniene traumatice*, Editura Dacia, 1982.
18. Stoica O., *Drept penal*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1977.
19. * * * — *Plăgile penetrante ale craniului*, Editura de Stat pentru literatură științifică, 1952.
20. * * * — *International Journal of Medicine and Law*, 1982.
21. * * * — *Progrese recente în disciplinele chirurgicale*. Sub redacția Acad. Th. Burghele, Editura Medicală, București, 1969.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În categoria obiectelor tăioase, denumite și arme albe, se includ obiectele înțepătoare, înțepător-tăioase, tăioase și despicătoare.

Obiectele înțepătoare (stilete, cuie etc.) produc leziuni înțepate, de regulă puțin mai mici decît dimensiunile obiectului înțepător datorită retracției țesutului elastic din tegumente. Orificiul exterior al unor plăgi înțepate mici se poate acoperi de o crustă și se confundă cu înțepăturile de insecte sau, cînd sînt mai mari, se pot confunda cu plăgile împușcate (fig. 80). Forma orificiului, la exterior, va depinde de forma obiectului înțepător: forma de frunză de salcie în obiectele rotunde, plăgi în 3 colțuri la obiectele triunghiulare, plăgi cu 4 colțuri la obiectele pătrate etc. (fig. 81). Orificiile punctiforme, lăsate de înțeparea cu diferite ace sau după injecții, necesită o examinare foarte atentă, cu lupa, atît a orificiului cît și a traiectului, pentru a putea fi diferențiate de mușcăturile de insecte. Astfel, într-o crimă prin injectare de insulină, numai depistarea unei astfel de leziuni și apoi confirmarea prezenței insulinei în țesuturile de la locul injecției a dus la descoperirea actului criminal. În alt caz, constatarea unor înțepături postvitale în regiunea precordială, alături de altele vitale în regiunea toraco-abdominală, a permis constatarea injectării unui toxic în scop eutanasic urmată de efortul tardiv de reanimare a victimei prin injectare intracardiacă de adrenalină (fig. 82, 83).

Obiectele despicătoare, de tipul toporului, sapei, hîrletului etc., produc leziuni despicate, tăiate pe tegumente și fracturi pe oasele subjacente, în raport direct cu gradul de ascuțire al lamei și evident leziuni contuze, atunci cînd sînt manipulate cu partea contondentă. Cu obiectele despicătoare se pot produce leziuni heteroagresive dar și autoagresive, fiind cunoscute lovirile repetate în cap în scop de suicid ale unor bolnavi psihici. Multitudinea leziunilor precum și caracterul accesibil al regiunii, pledează pentru autolezare (fig. 84, 85, 86).

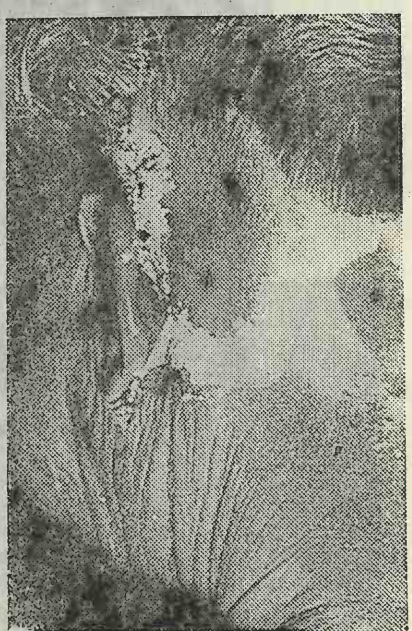


Fig. 80. Plăgi înțepate occipito-cervicale.

Obiectele înțepător-tăioase produc leziuni de forme și dimensiuni diferite, în regiuni corporale variate, dar totdeauna cu o semiologie morfologică caracteristică: margini netede, unghiuri ascuțite (unul inițial mai profund și altul terminal mai efilat), liniare sau frînte în raport de prezența sau absența cutelor și pliurilor de flexiune tegumentară, superficiale sau profunde în raport de intensitatea penetrării obiectului în țesuturi și mai rar cu o morfologie particulară, în raport de forma anatomică a regiunii sau a obiec-

Fig. 81. Forma plăgilor înțepate (*b*) în raport de obiect (*a*) (Simonin).

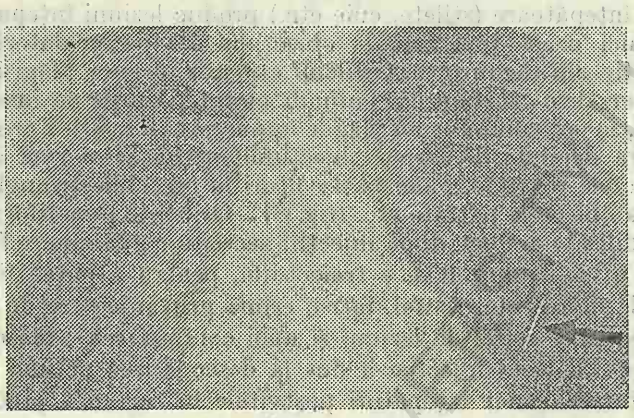


Fig. 82. Plagă înțepată prin ac.

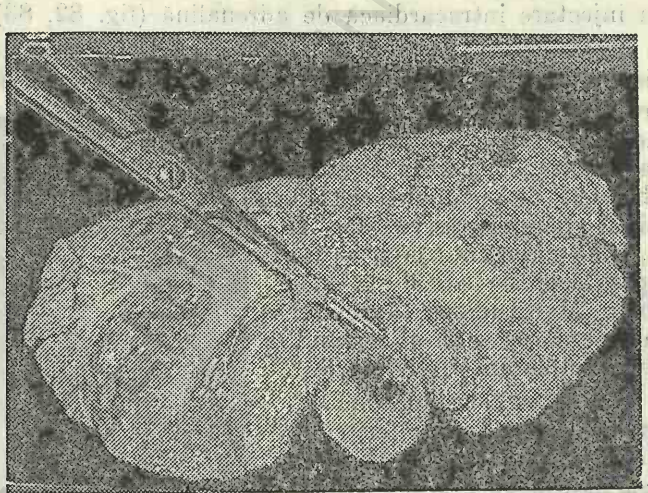


Fig. 83. Plagă înțepată a bulbului.

tului (plăgi în coadă de rîndunică prin manipularea cuțitului în țesuturi sau la cuțitele cu o singură lamă tăioasă, plăgi în lambou, amputări etc.) (fig. 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93; planșa II, fig. 9, 10).

Leziunile înțepător-tăioase se pot localiza în orice regiune corporală și, în raport de formațiunile anatomice interesate, pot produce moartea mai devreme sau mai tîrziu. O semnificație deosebită o au însă leziunile tăiate ale mîinilor și gîtului.

Fig. 84. Plăgi despicate ale feței.

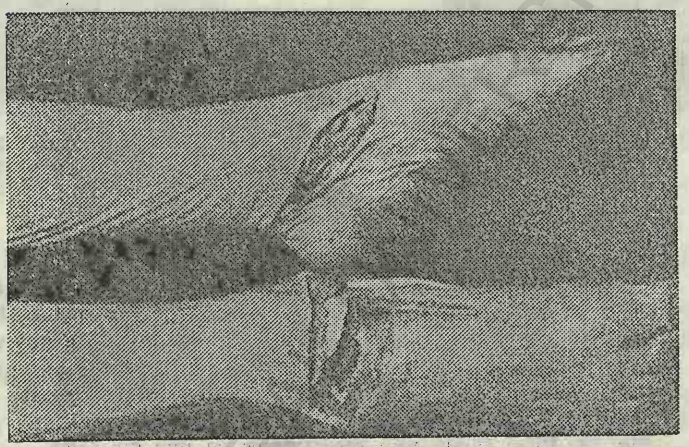


Fig. 85. Plăgi despicate ale membrelor (leziuni produse de un epileptic).

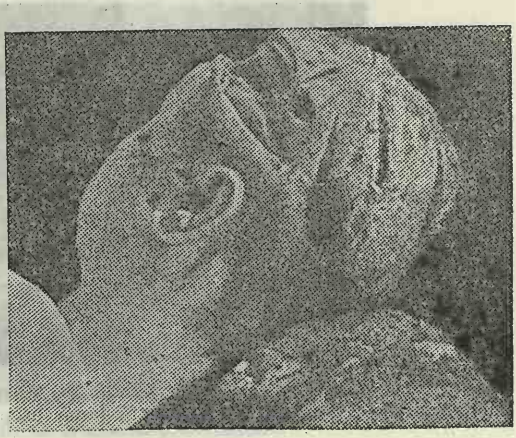


Fig. 86. Plăgi despicate (omor patologic).

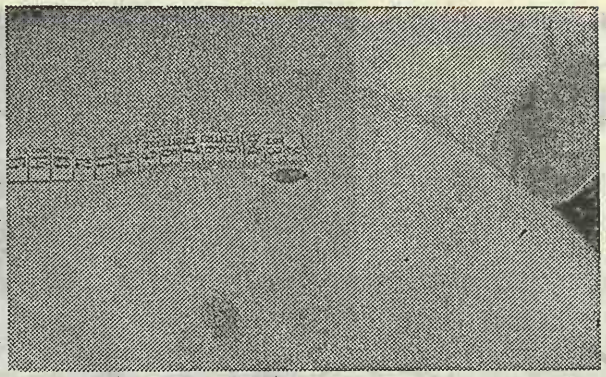


Fig. 87. Plagă tăiată prin obiect tăios cu ambele lame ascuţite.

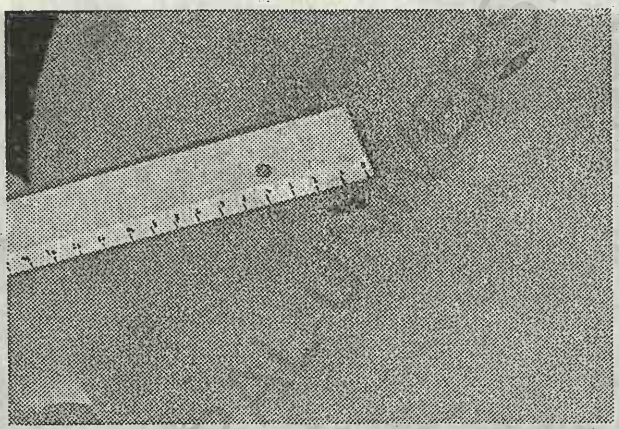


Fig. 88. Plăgi tăiate prin obiect tăios cu una din lame ascuţită.

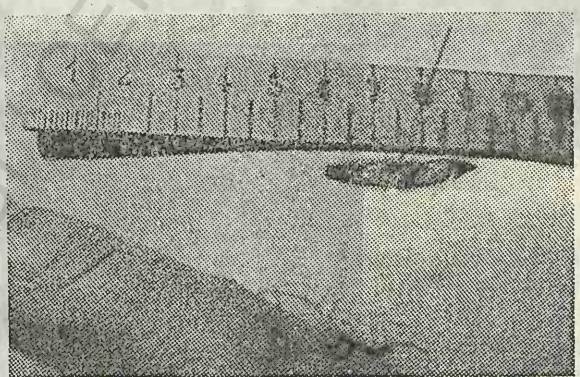


Fig. 89. Plagă tăiată prin obiect tăios cu o singură lamă ascuţită.

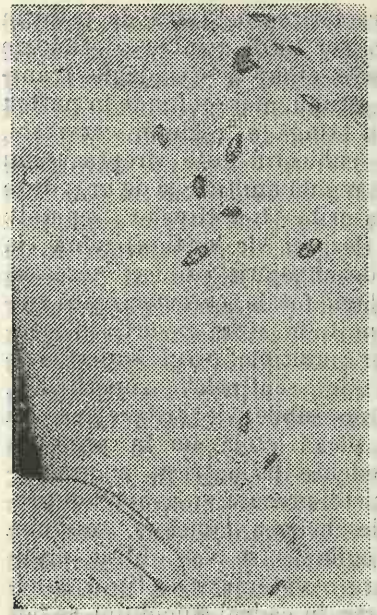


Fig. 90. Plăgi tăiate (se observă una din plăgi prin manipularea cuțitului în țesuturi).

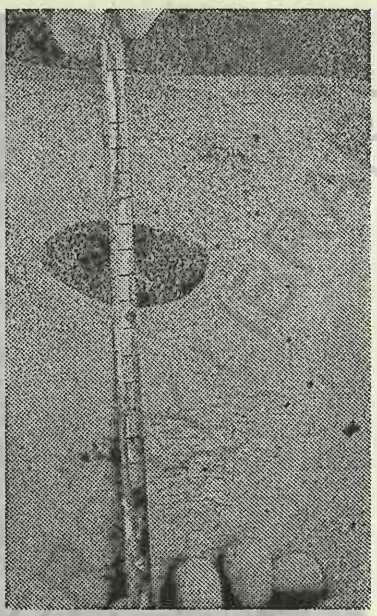


Fig. 91. Dehiscența plăgii tăiate.

Plăgile tăiate ale mîinilor au, de regulă, semnificația unor acte de apărare activă prin tentativa de a imobiliza cuțitul agresorului cu mîinile, ori de cîte ori se constată pe fețele palmare, și semnificația unor acte de apărare pasivă prin acoperirea feței, ori de cîte ori se găsesc localizate pe părțile dorsale ale mîinilor (fig. 94, 95).

Plăgile gîtului, prin aspectul lor morfologic, oferă elemente distinctive în sprijinul unui act criminal sau de suicid. Astfel, plăgile neregulate ale gîtului, unice sau multiple de „overkill", cu direcții variabile, asociate cu alte leziuni corporale de atac sau apărare, pe mîini, cu leziuni de cădere, plăgi mușcate etc., în absența unor acte preparatorii și a unor antecedente psihia-

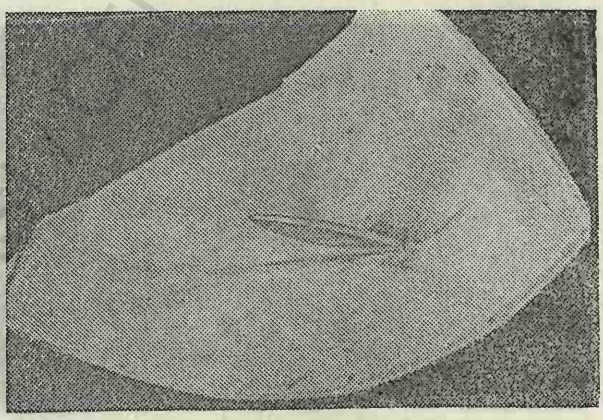


Fig. 92. Fractură craniană prin cuțit.

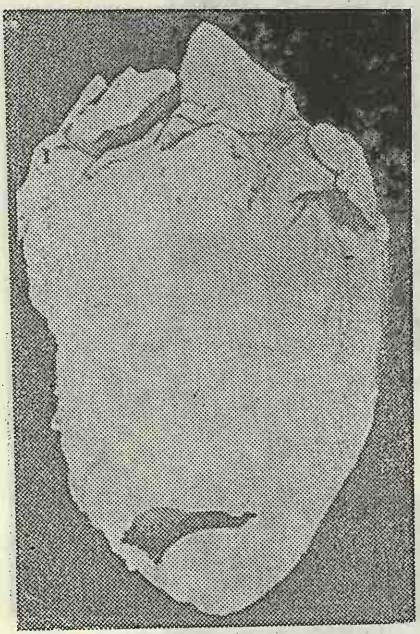


Fig. 93. Plagă tăiată cardiacă.

trice ce caracterizează starea de psihism presuicidar, vor pleda pentru o etiologie heteroagresivă. Dimpotrivă, plăgile transversale ale gîtului, mai profunde în partea dreaptă sau stîngă a regiunii cervicale, după cum subiectul este dreptaci sau stîngaci, de regulă multiple și de gravitate inegală, datorită tentativelor repetate prealabile (leziuni de ezitare) pînă la obținerea dezangajării psihice necesară realizării plăgii fatale, caracterizează suicidul. Obișnuit, în atare cazuri, în contextul unor multiple plăgi superficiale (leziunilor „de sentinelă" superficiale, paralele și accesibile, de ezitare) se va constata o plagă letală, iar în prezența unor antecedente psihiatrice, a preocupării de suicid precum și a actelor preparatorii (descheierea hainelor), stropirea cu sînge a oglinzii), se vor obține argumente pentru o vătămare de tipul suicidului. Mai rar, în cadrul suicidului, se pot realiza leziuni cu mîna stîngă la un dreptaci sau invers (afacerea Dreyfus) (fig. 96).

În plăgile tăiate, moartea se produce, cel mai frecvent, prin hemoragii externe sau interne. Hemoragiile mici, de pînă la 1/10 (600 ml) din masa sangvină, se pot compensa prin hemostază fiziologică, față de hemoragiile mari, de 50% din masa sangvină, ce sînt rapid letale. Cu tulburări reversibile se pot compensa, fiziologic sau terapeutic, hemoragii pînă la 1 500 ml dar, în lezarea vaselor mari, cu pierderea brutală a circa 70% din masa sangvină, moartea se instalează rapid, prin colaps ischemic cerebral. În plăgile arteriale, moartea se produce mai rapid sau mai lent, în raport de calibrul vasului. Arterele sîngerează de 6 ori mai repede decît venele de același calibru. În anumite condiții fiziologice sau patologice, hemoragia poate fi fatală chiar la lezarea unor vase mai mici (hemoragii letale prin lezarea arterelor intercostale, a clitorisului, penisului în erecție, chiar hemoragii prin înțepare la cei cu

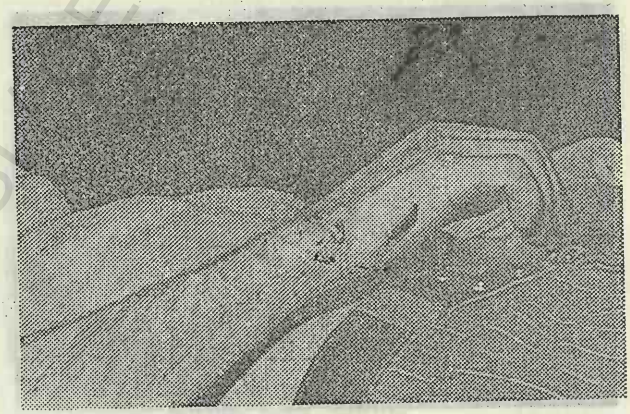


Fig. 94. Plăgi tăiate în apărare pasivă.

diateze etc.). În secțiunile arterei radiale făcute în scop de suicid (cînd iarăși va fi caracteristică multitudinea leziunilor locale), moartea este de asemenea posibilă. Alteori, subiectul abandonează această modalitate de suicid și recurge la alte mijloace de autovătămare (tentativă de secționare a gîtului, împușcare rău centrată, ingerare de toxic și în final spînzurare). În plăgile înțepate ale inimii, moartea se produce prin insuficiență hipodiastolică consecutivă hemopericardului și tamponadei inimii. Deși în distensii progresive pericardul suportă pînă la 1 000 ml lichid, în revărsările brutale, moartea se produce la cantități de 200—400 ml sînge intrapericardic sau chiar mai puțin, datorită reflexelor plecate din zona pericardului. În moartea prin hemoragie, aspectul anemic al cadavrului la exterior și al organelor interne vor fi caracteristice. În acest context anemic, creierul poate fi hiperemic, datorită închiderii șunturilor vasculare și reflexelor de apărare prin irigarea cu precădere a organelor vitale (fig. 97).

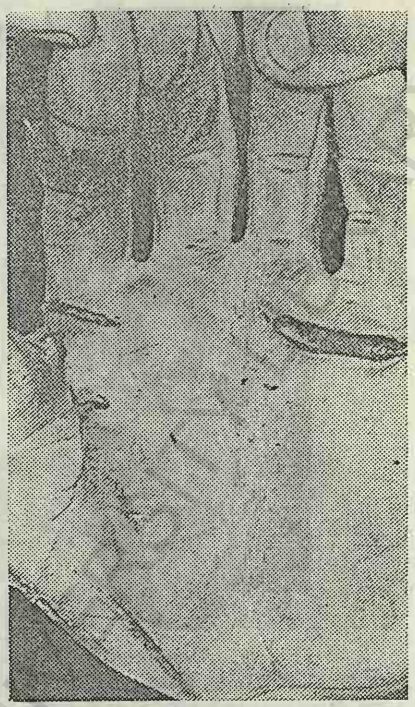


Fig. 95. Plăgi tăiate în apărare activă.

O altă cauză de moarte în plăgile tăiate o constituie emboliile gazoase care se produc mai ales în lezarea sinusurilor venoase sau a venelor jugulare și cînd pătrunderea a circa 30—50 ml aer în venele deschise, datorită presiunii toracice negative, poate produce moartea.

Infectarea țesuturilor interesate prin plăgile tăiate constituie o altă cauză de moarte secundară în acest tip de violențe.

Problemele medico-legale specifice ale morții violente prin obiecte tăioase:

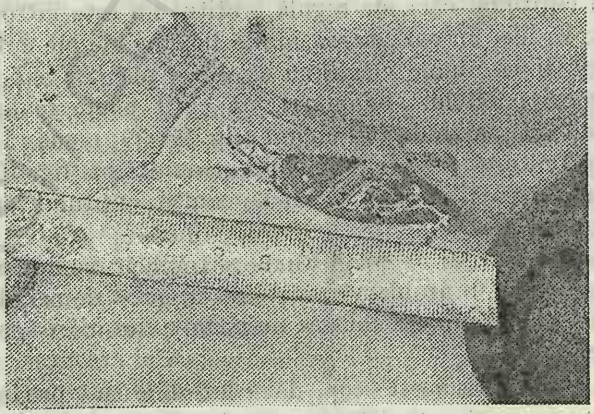


Fig. 96. Plăgi tăiate ale gîtului în omucidere.

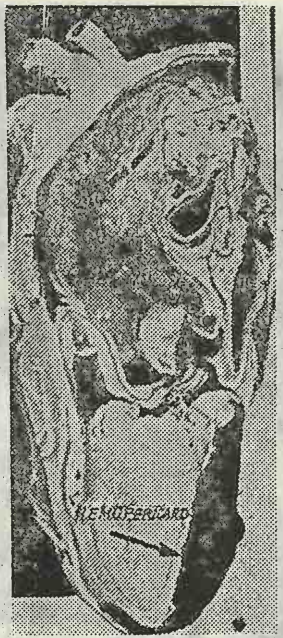


Fig. 97. Hemopericard.

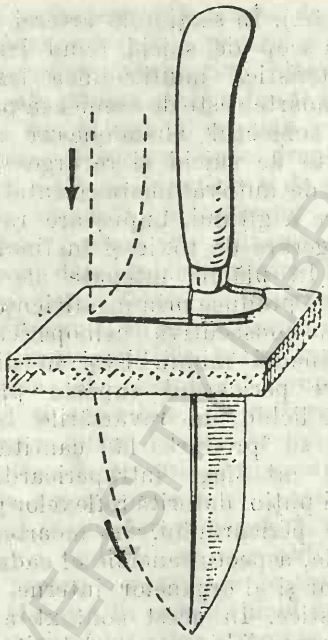


Fig. 98. Identificarea în lățime a obiectului tăios.

— Identificarea obiectului tăios, în raport de caracteristicile și dimensiunile plăgii la exterior precum și de traiectul său. Se va estima că dimensiunile în lungime ale unei plăgi pe tegumente exprimă dimensiunile maxime posibile ale unui cuțit, deoarece, mai frecvent, el este manipulat în țesuturi și realizează plăgi mai mari decît dimensiunile sale. În nici un caz, dimensiunile unui cuțit în lățime nu pot fi mai mari decît lungimea plăgii la exterior. Pe oasele late, de regulă nefiind posibilă manipularea, dimensiunile soluției de continuitate osoasă corespund mai fidel dimensiunilor în lățime ale cuțitului. În aceste oase, nu rareori obiectele tăioase se rup și sînt reținute. Dimensiunile în lungime ale unei plăgi înțepat-tăiate corespund, de obicei, lungimii minime a cuțitului, căci, de regulă, cuțitul nu este introdus în totalitate în țesuturi. În nici un caz, dimensiunile în lungime ale cuțitului nu pot fi mai mici decît dimensiunile plăgii, cu excepția plăgilor abdominale unde, datorită deprimării peretelui abdominal, un cuțit poate realiza un traiect mai mare decît dimensiunile sale în lungime (fig. 98, 99; planșa II, fig. 11, 12). Alteori, forma plăgii este caracteristică obiectului tăios (fig. 100; planșa II, fig. 13) (ex. plaga printr-un ciob de sticlă, zimții cuțitului lăsați pe cartilaj etc.).

— Precizarea numărului de plăgi tăiate și implicit a numărului de loviri constituie, de asemenea, o problemă constantă în acest domeniu al patologiei prin violență, de care depinde stabilirea numărului autorilor agresiunii (autor unic sau participație).

Medicul va preciza, în acest scop, dacă leziunile sînt produse cu același obiect vulnerant sau cu obiecte diferite, prin descrierea corectă a fiecărei plăgi

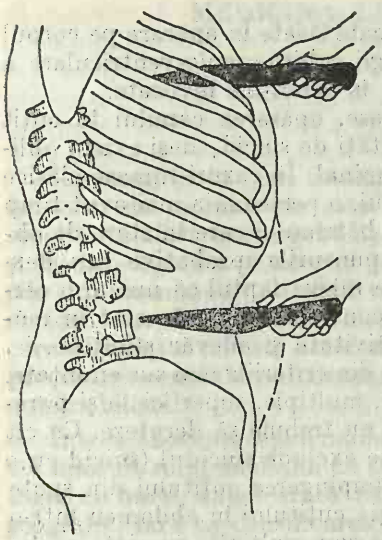
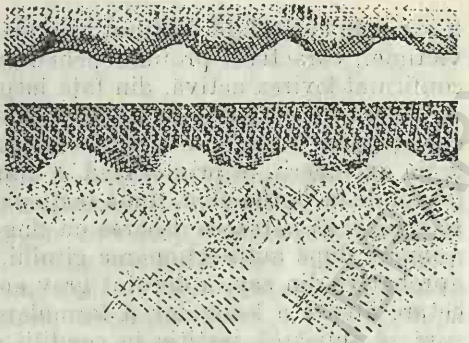


Fig. 99. Identificarea în lungime a obiectului tăios.



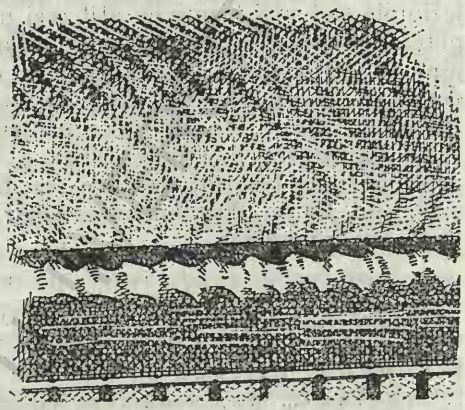


Fig. 100. Identificarea lamei cuțitului după plaga dintr-un cartilaj.

în parte. Multitudinea și intensitatea diferită a leziunilor, cum s-a văzut, nu exclud suicidul (fig. 101).

— Direcția de lezare (din față, din spate, lateral, de sus în jos sau de jos în sus) se precizează după direcția traiectului plăgii și ajută la elucidarea diferitelor versiuni de anchetă privind relațiile concrete dintre victimă și autor în momentul agresiunii.

— O problemă medico-legală spinoasă în care, de asemenea, nu se pot emite reguli generale, se referă la modalitatea producerii unor leziuni prin cădere accidentală în cuțit. Într-o pretinsă cădere accidentală nu se realizează, de regulă, plăgi penetrante, deoarece obiectul tăios nu este fixat în prealabil; de aceea, în prezența unor plăgi penetrante profunde, se va suspecta întotdeauna heteroagresiunea. Într-un caz, deși soția implicată într-o agresiune susținea că soțul, în stare de ebrietate, alergînd după ea ar

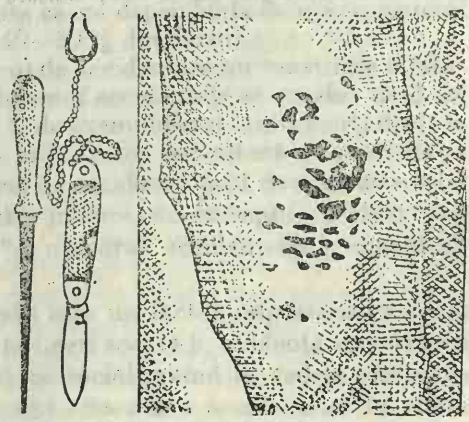


Fig. 101. Plăgi produse în suicid.

fi căzut în cuțit, fapt susținut prin plăgile mușcate lăsate în apărare pe corpul victimei, caracterul profund penetrant al plăgii orbito-cranio-ventriculare a confirmat lovirea activă, din față înspre spate, în condițiile invocate.

Apăsarea corpului în diferite obiecte tăioase, apăsarea capului în cuțit cu înțeparea bulbului etc. pot constitui modalități de suicid, deși există obligația excluderii, în primul rînd, a unui act criminal. În cazuri rămase clasice (cazul de la Gotha cînd, după secționarea gîtului, o persoană a mai avut timp să scrie și să păteze scrisoarea cu sînge, sau al bătrînului care în stare de obnubilare după autosecționarea gîtului, prin răspunsurile aprobative sau dezaprobative din cap, a derutat grav ancheta) se relevă faptul că numai o cercetare atentă a leziunilor și formularea unor concluzii prudente sînt în măsură să slujească justiția în condiții de obiectivitate și adevăr științific.

— Forma medico-legală a morții va decurge din criteriile mai sus enunțate. Leziunile de tentativă sau de ezitare, accesibile, multiple, superficiale și paralele atestă suicidul. Cazuri particulare, bizare, nu trebuie să deruteze. Cu cît leziunile sînt mai bizare cu atît mai mult nu se exclude suicidul (suicid cu o plagă precordială și trei plăgi cardiace, prin împingerea cuțitului din spate pînă în atriu și cu legarea mîinilor, cu retenția cuțitului în abdomen într-o despicare de tip hara-kiri etc.). Leziunile unice sau multiple, asociate cu leziuni de apărare etc. ar pleda pentru omor.

— Cercetarea biocriminalistică a corpurilor delicte pe care pot rămîne urme de sînge, țesuturi specifice (ex. ficat) etc. poate ajuta la identificarea autorului. La fel, distribuirea urmelor de sînge pe cuțit arată dacă cu el s-a tăiat sau înjunghiat.

BIBLIOGRAFIE

1. Ander Z., Bilegan I., Molnar V., *Medicina legală*, Editura Medicală, 1968.
2. Crăciun C., *Morfopatologia aparatului cardiovascular*, Editura Academiei R.S. România, 1956.
3. Eliakis C., *Iatros dikastiki*, Atena, 1963.
4. Fournier E., *Elements de médecine légale*, Flammarion, 1976.
5. Kernbach M., *Medicina judiciară*, Editura Medicală, 1956.
6. Mason W., *The pathology of Violent Injury*, Arnold, Edinburg, 1978.
7. Popov A., *Medicina judiciară*, Editura Medicală, 1954.
8. * * * — *Chirurgia*, vol. I—IV, Editura Medicală, 1950.

BCU IAȘI / CENTRU DE ARHIVĂ

În condițiile în care, astăzi, se vorbește de o epidemie traumatică, în acest fenomen de morbiditate este implicat, în primul rînd, traficul. Fenomenul suscită un efort convergent de profilaxie, în care scop, cunoașterea medicală și medico-legală a patologiei prin trafic devine esențială. Căci, toate statisticile sînt unanime în a stabili rolul preponderent al factorului uman în geneza accidentelor de trafic. De aici constatarea, devenită clasică, a O.M.S., după care accidentul nu este accidental (el are cauze ce pot fi cunoscute și evitate), precum și constatarea comună că nu avem accidente de automobile ci de automobiliști.

Într-o abordare epidemiologică în care în studiul accidentelor de trafic s-a înlocuit rolul mediului cu strada, al gazdei cu vehiculul și al agentului patogen cu omul, datele arată că accidentele au o frecvență în raport de mediul geografic, fără ca densificarea traficului prin creșterea parcului de autovehicule să devină o fatalitate. De la primele două accidente letale prin vehicule semnalate în Anglia în 1876 la o viteză de 6 km pe oră, s-au produs pînă astăzi 9 milioane de morți din care 50% pietoni. Se produc astăzi 10 decese la 100 milioane km parcurși, o coliziune la circa 2 minute și un deces la circa 3 minute pe întreg globul (după datele O.M.S.). Se estimează că zilnic decedează 400 de persoane și la un deces se produc aproximativ 30 vătămări mai grave sau mai ușoare, ceea ce face deseori din consecințele accidentelor de trafic o adevărată sinistroză medicală. Într-adevăr, în fracțiuni de secunde, accidentul are rolul nefast de a schimba adevărate destine umane. Riscul de accidentare crește cu circa 5—8% pe an, încît accidentele de trafic, în majoritatea statelor, dețin locul 3 ca frecvență între cauzele de mortalitate (după boli cardiovasculare și cancer) și locul 1 ca mortalitate pentru vîrste între 15—30 ani. În raport de alte tipuri de vehicule, la un miliard km parcurși se produc 42 decese prin autovehicule, 6 prin avion și 0,9 prin tren. Altfel estimat se produce 1 accident la 15 000 km parcurși prin autovehicule, 1 accident la 150 000 km prin avion și 1 la 1 milion prin tren. În accidente sînt implicați pietonii în circa 20—40% cazuri, restul fiind ocupanți ai vehiculelor. În geneza accidentelor de trafic, aceleași date statistice relevă că omul este responsabil în 80% din cazurile de accidentare și, între aceste cauze dependente de om, consumul de alcool pe timpul parcursului deține 40—50% din cazuri.

De la început trebuie precizat că riscul de accidentare nu constituie o fatalitate. Chiar dacă în ultima jumătate de secol accidentele au produs de 3 ori mai multe decese decît războiul (în S.U.A. de exemplu mai mulți morți decît în cele 13 războaie purtate), persuasiunea mijloacelor de cultură și de educație sanitară sînt în măsură să reducă numărul de accidente, fapt dovedit de scăderea accidentelor în condițiile țării noastre în care, de exemplu, în 1980, deși numărul vehiculelor a crescut cu 6,5%, numărul accidentelor a scăzut cu 9% și al deceselor cu 9%.

Datele epidemiologice relevă că vîrsta este un factor important în riscul de accidentare. Frecvența accidentelor la tineri scoate în evidență importanța pierderilor de vieți umane și aportului lor social, avînd în vedere eforturile investite în pregătirea acestora. Frecvența crescută a accidentelor la vîrsta tînără s-ar explica prin „gustul" pentru risc al tinerilor, temeritatea lor cu

sfidarea pericolelor, lipsa de anticipare prin lipsa experienței de viață și în trafic, lipsa unor responsabilități sociale pe care le conferă familia, copiii etc. Tinerii, în general, au o înclinație spre exces de viteză iar tinerele spre exces de prudență, fapt ce poate fi tot atît de periculos în trafic, mai ales în condițiile densificării traficului. Gustul vitezei exprimă acceptarea unui risc pentru sine, care devine inseparabil de crearea de riscuri pentru ceilalți.

În ceea ce privește sexul, datele epidemiologice arată că acolo unde femeile conduc în procente relativ egale cu bărbații, comit un număr mai mare de accidente, datorită faptului că, deși mai atente, mai concentrate și mai prudente la drum, reacționează afectiv în împrejurări dificile, reacții ce pot deveni generatoare de accidente. Intervin în plus și unele condiții parafiziologice care influențează capacitatea de conducere (într-o statistică, 52% femei au făcut accidente în timpul ciclului menstrual).

În ceea ce privește frecvența diurnă și săptămînală, majoritatea accidentelor se produc spre seară (fapt pus în legătură cu dificultățile de acomodare ale retinei la lăsarea întunericului) și sîmbăta, duminica și chiar lunea (fapt pus în legătură cu intensificarea traficului, cu relaxarea de sfîrșit de săptămînă și consumarea concomitentă de alcool sau starea de „mahmureală" — „gura de băutor" — lăsată de acest consum în zilele de sărbătoare).

Datele statistice relevă, fără posibilitate de tăgadă, că omul intervine în geneza accidentelor de trafic în primul rînd prin personalitatea sa, fiind cunoscută afirmația că vehiculul evidențiază omul așa cum este el sau, altfel spus, că omul conduce așa cum trăiește. Mașina tinde a cuceri pe sine și mai ales la tineri, în aceste condiții, tentația riscului devine invers proporțională cu speranța de viață. Constatarea se referă la faptul că vehiculul (prin forța sa de cîteva zeci cai putere ce depășește cu mult forța musculară a omului, ce este de circa 0,7 cai putere), exaltă unele „sentimente de putere" care determină la exagerarea vitezei, la conducere ostentativă, de unde creșterea riscului de accidentare. De aici recomandarea psihologilor de a face din conducere o profesiune a creierului, a prudenței și nu a mușchilor. Iată ce se afirma, sugestiv, într-o țară, din acest punct de vedere: „Strada este o funestă întîlnire dintre om și moarte. Cînd soarele răsare într-un frumos week-end de iulie, 125 persoane (afirmația se referă la Franța și la anul 1968) poartă deja certificatul de deces în buzunar. Automobilul este o veritabilă cutie de rezonanță a propriului psihic. El tinde să arate ființa umană așa cum este ea. El exaltă narcisismul, plăcerea propriei puteri. Cei cu complexe de superioritate, investiți brusc cu o putere ce depășește forțele lor naturale și de care dispun fără efort, devin o sursă de abuz. Cei cu complexe de inferioritate fac fenomene de teamă, cu inhibiții, obsesii și incertitudini. Exaltarea instinctului de putere, a agresivității prin identificarea cu mașina, creează un dezechilibru afectiv favorabil unei regresiuni la sentimente primitive și moduri primitive de comportament impulsiv".

Dar conducerea, prin tensiunea psihică generată, produce o stare emoțională ce crește de 10 ori nivelul catecolaminelor la viteze mari și de 2 ori la viteze mici. Mai mult, ea poate produce o stare de parahipnoză („highway hypnosis") care apare noaptea sub formă de halucinații hipnagogice (percepții vizuale fără obiect) generate mai ales de monotonia străzii.

Conducerea vehiculului, deci, poate fi un factor de dezinhibiție, cînd un subiect slab din punct de vedere psihic devine puternic, unul timid devine temerar, iar altul liniștit, agitat. Rolul factorului psihic în conducerea vehiculelor scoate în evidență, fără posibilitate de tăgadă, faptul că ceea ce pare hazard în conducere este de fapt o greșeală umană. Pesimismului manifestat prin constatări de tipul celor că este mai ușor să modifici vehiculul și stra-

da decît comportamentul omului la volan, trebuie să îi opunem însă persuasiunea influenţelor educative care scot în evidenţă faptul că utilizarea drumului public necesită, în primul rînd, echilibru psihologic, pe care îl conferă simţul de răspundere, prudenţa permanentă şi sentimentul de alteritate prin nevoia de a nu jena pe ceilalţi beneficiari ai drumului public (principiu internaţional de lege de altfel). Ori de cîte ori un conducător imprudent se va întîlni cu un alt conducător sau cu un pieton imprudent, accidentul va deveni inevitabil. De aceea, talentul în conducere, sub aspect psihologic, rezidă în simţul empatiei şi al responsabilităţii privind utilizarea comună a drumului public, previziunea permanentă a consecinţelor oricărui gest intempestiv, anticiparea permanentă a riscurilor, inteligenţă pragmatică privind utilizarea vehiculului şi o reflectivitate bună, nealterată de droguri (alcool) sau medicamente.

Un alt factor implicat în geneza accidentelor de trafic este oboseala conducătorului pe parcursul conducerii. Oboseala poate produce accidente grave prin pierderea oricărui control al volanului, mai ales în transporturile colective. Oboseala la volan începe cu dispersarea atenţiei, cu reacţii aberente la stimuli externi, din afara conducerii, cu scăderea capacităţii de coordonare a mişcărilor, scăderea vitezei şi preciziei reacţiilor şi se datoreşte frecvent unor factori endogeni (consum de alcool, intoxicaţie subclinică cu CO din gazele de eşapament, tensiune psihică, debutul unor boli ca diabet, uremie, hipertensiune arterială, şi este constantă în anemii, hepatopatii cronice etc.) sau unor factori exogeni (cum ar fi monotonia şoselei, circulaţia intensă, murmurul monoton al vehiculului etc.). Conducerea a 400 km într-o zi dublează riscul de accidentare prin oboseală.

Bolile cardio-vasculare deţin circa 30 % din pierderile de cunoştinţă de scurtă durată la volan (mai ales în cardiopatia ischemică) şi orice stress cu exces de catecolamine, pe un fond de ateroscleroză, este în măsură să crească riscul de accidentare. În S.U.A. se estimează că 6 din 10 000 de coliziuni se datoresc diferitelor boli cardiovasculare ale conducătorului. Studii minuţioase arată că însăşi conducerea este un factor stressant, deoarece tensiunea arterială şi pulsul cresc sau coboară odată cu accelerarea sau frînarea vehiculului. În condiţiile unor suferinţe cardiovasculare, riscurile legate de conducere se multiplică. Mai rar, accidentul se poate explica chiar printr-o moarte subită de cauză cardiacă la volan (planşa III, fig. 14).

Diabetul este o boală de nutriţie care poate genera grave accidente, fie prin stările de comă hiperglicemică, fie prin obligaţia efectuării tratamentului pe parcurs, fapt care poate realiza, dimpotrivă, stări de hipoglicemie. Bolnavii de diabet pot prezenta o slăbire a reflexelor, ameţeli şi incoordonări ale mişcărilor care cresc riscul de accidentare. Consumul de alcool concomitent, prin mobilizarea glicogenului hepatic, dă hiperglicemie sau, prin producerea de acetat ce blochează neoglucogeneza, dă hipoglicemie. Dar nu numai diabetul ci şi un prînz copios, prin anemie cerebrală concomitentă, sau o cură de slăbire excesivă, prin riscurile hipoglicemice, pot avea acelaşi efect.

Pierderile de cunoştinţă la volan constituie riscuri majore, deoarece, în raport de semnele premonitorii şi de durata lor, subiectul mai poate întreprinde sau nu ceva pentru prevenirea accidentului. Pierderile de cunoştinţă la volan se întîlnesc în diferite leziuni cerebrale expansive (tumori, meningite de debut, ateroscleroză cerebrală, la cei cu traumatisme cranio-cerebrale în antecedente etc.), dar multe pierderi de cunoştinţă se datoresc tulburărilor de ritm cardiac, şi anume, blocurilor atrio-ventriculare, tahicardiilor accentuate, fibrilaţiei atriale, bradicardiilor sinuzale etc. Cele mai frecvente pierderi de cunoştinţă se întîlnesc însă în cadrul epilepsiei care, de regulă, contra-

indică conducerea. Ele sînt mai frecvente în echivalențele și absențele epileptice sau în epilepsia larvată declanșată fotic ori prin consumul de alcool etc. Necesitatea efectuării unor explorări EEG, mai ales prin activare, la toți conducătorii auto, este evidențiată de scăderea riscului de accidentare în țările unde acest examen este obligatoriu înainte de obținerea permisului de conducere. Accidentele întîlnite de noi în cazuri de pierdere a cunoștinței de natură epileptică la volan au fost totdeauna încărcate în consecințe umane și materiale (tabelul 16).

Dintre afecțiunile psihice, evident că psihozele, ca tulburări psihice ale funcțiilor de cunoaștere, afectivității și voinței, constituie incompatibilități majore. Dar și unele stări marginale (de „borderline") prezintă riscuri în conducere. Astfel, nevrozele, prin concentrarea anxioasă pe care o determină, constituie un risc, mai ales în luarea deciziilor privind situațiile dificile legate de trafic. Psihopatiile, prin agenezia morală și afectivă, narcofilia concomitentă, impulsivitatea și celeritatea psihomotorie, alături de lipsa de anticipare a consecințelor și a sentimentelor de responsabilitate legate de utilizarea drumului public, prin excesul de viteză la care determină, constituie un risc permanent.

Utilizarea unor medicamente pe timpul conducerii, mai ales a tranchilizantelor, prin efectele lor farmacologice secundare, de întîrziere și lentoare a reflexelor, prin tendința la somn, indiferență psihică sau chiar tulburări de vedere, prezintă de asemenea riscuri pe timpul conducerii.

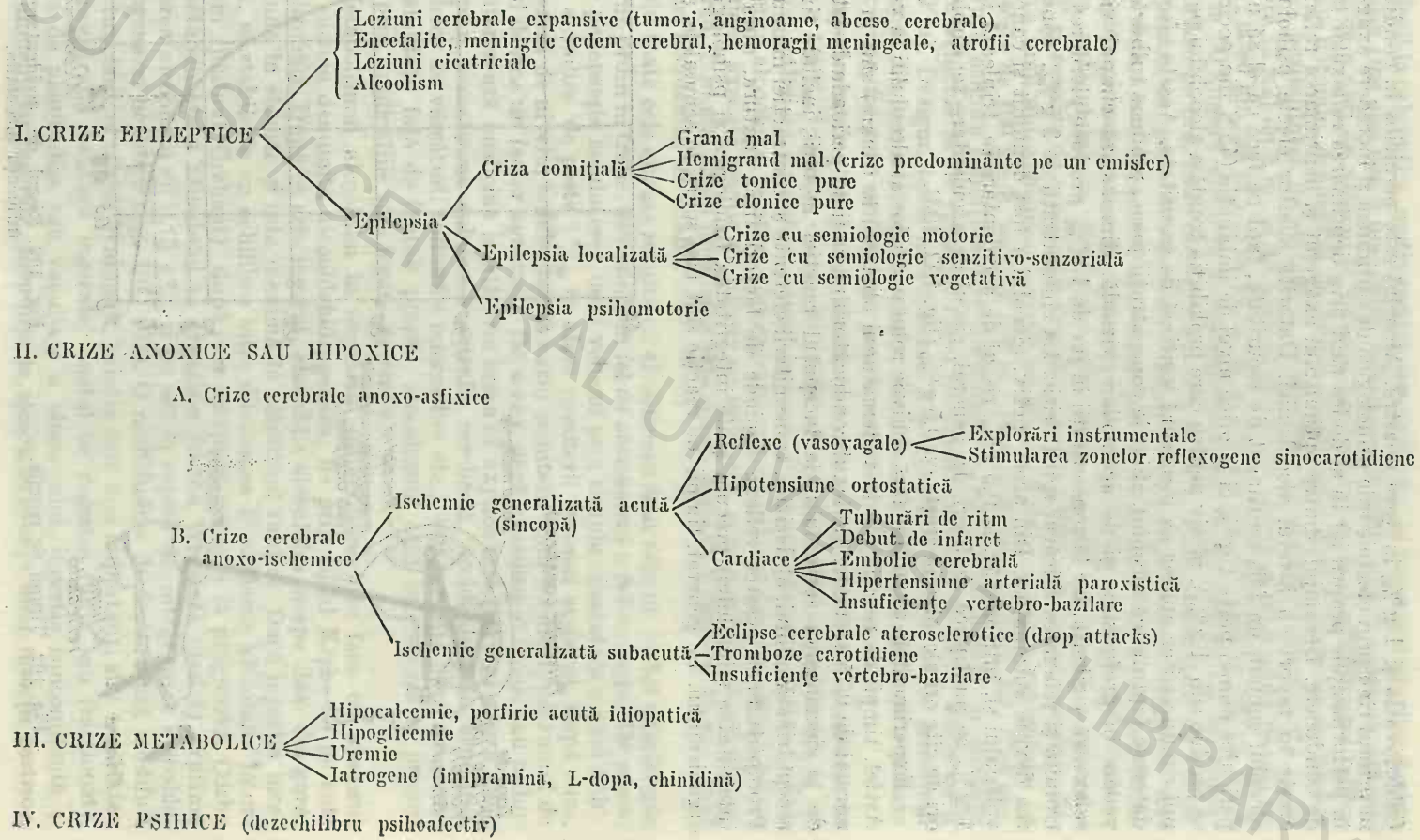
Văzul este organul senzorial care are rolul principal în conducere și mai ales în reflectivitate, fiind un fel de start al reflexelor conducătorului de vehicul. Vederea bună intervine în conducere asigurînd evitarea riscurilor, în primul rînd prin acuitatea vizuală integră (accidentele se produc frecvent de partea ochiului cu acuitate mai slabă), prin integritatea cîmpului vizual (afectat totdeauna în leziunile incipiente de nerv optic), prin simțul cromatic (confundarea culorilor la intersecții) precum și prin adaptarea retinei la întuneric. Orice scotom poate afecta validitatea de a conduce, căci viteza îngustează cîmpul vizual cinetic și poate produce un scotom parțial cinetic. Detectarea stimulilor vizuali scade cu viteza, consumul de alcool, starea de oboseală, încordarea nervoasă și preocupările obsedante din afara conducerii ca și cu tensiunea emoțională întreținută de conștiința riscurilor. În timpul parcursului pe timp de soare, la mersul pe șosele cu copaci, razele solare pot avea un efect de flash ce poate duce la ameteli, alterări ale discriminării și chiar obnubilare.

În ceea ce privește auzul, se pare că în condițiile actuale ale interzicerii claxonatului, rolul său devine minor, dar, oricum, perceperea unui semnal auditiv înaintea vederii, face ca auzul integru să constituie un avantaj în conducere, deși, cei cu handicap auditiv, prin excesul de prudență, comit mai puține accidente.

Baremurile medicale ale fiecărei țări prevăd nenumărate alte afecțiuni care constituie incompatibilități în utilizarea vehiculelor pe drumurile publice. De la o simplă scurtare de membru, obezitate sau lipsă de școlarizare, pînă la bolile patente, baremurile sînt foarte exigente deoarece, prin respectarea lor, se poate reduce substanțial riscul de accidentare.

Consumul de alcool pe timpul conducerii reprezintă un risc major de accidentare, motiv pentru care alcoolul a fost considerat ucigașul rutier iar alcoolemia incriminatorie penală sau „nivelul de ghilotină" al alcoolemiei după care survine pedeapsa, s-a stabilit la 0,8 g‰ în Anglia și S.U.A., 0,5 g‰ în Suedia și Norvegia, 0,4 g‰ în Austria și Polonia, 0,3 g‰ în R.F.G. și

Pierderi scurte de cunoştinţă (după Gastaut, modificat)



Cehoslovacia și 1 g‰ în țara noastră. Alcoolul este pernicios în conducere, în primul rînd prin efectele sale psihologice de optimism și încredere exagerată în performanțele proprii iar în al doilea rînd prin deprimarea reflexelor legate de conducere. Decalajul dintre optimismul exagerat și deprimarea reflexelor crește în raport cu nivelul alcoolemiei. Datorită acestor efecte psihologice, alcoolul conferă un fals sentiment de securitate, fapt ce face ca el să nu fie periculos numai peste 1 g‰ ci la orice nivel de imbibație (45% din accidente se produc sub 1 g‰), motiv pentru care prohibiția totală a alcoolului pe timpul conducerii ar apărea ca o măsură legitimă de securitate. Aceste efecte se datoresc faptului că alcoolul, chiar la concentrații joase, produce tulburări de vedere în profunzime și de acomodare vizuală, diminuează cîmpul vizual, relaxează vigilența, iar la concentrații în jur de 1 g‰ produce pierderea controlului și relaxarea oricărui spirit critic. La concentrații de 2 g‰, conducerea devine automatică. Din acest motiv, alcoolul a fost denumit și cancer al volanului și, într-adevăr, la 0,5 g‰ riscul de accidentare se triplează iar la 1 g‰ se multiplică de 5 ori. În general, riscul de accidentare se dublează, ori de cîte ori alcoolemia crește cu 0,5 g‰ (fig. 102, 103).

Experimentele au arătat fără echivoc rolul pernicios al alcoolului la volan. Astfel, timpii de reacție (de la vederea unui obstacol la frînare) sînt în mod normal de 0,75 secunde. Reflexul conducătorului, ca fiind perioada de latență de la declanșarea semnalului la începutul reacției motorii, include timpul receptării stimulului, al deciziei, transmiterii eferente și contracției musculare. Promptitudinea acestor reflexe depinde de factori fizici (natura, durata și intensitatea stimulului) precum și de integritatea fiziologică și psihologică a organismului. În general, timpii de reacție sînt mai scurți la semnalele acus-

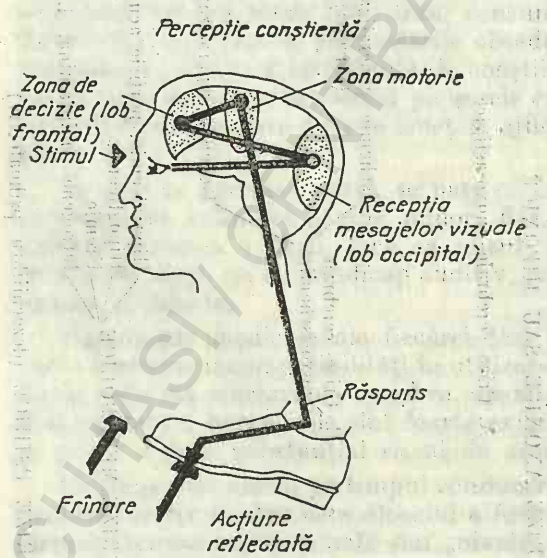


Fig. 102. Timpii de reacție.

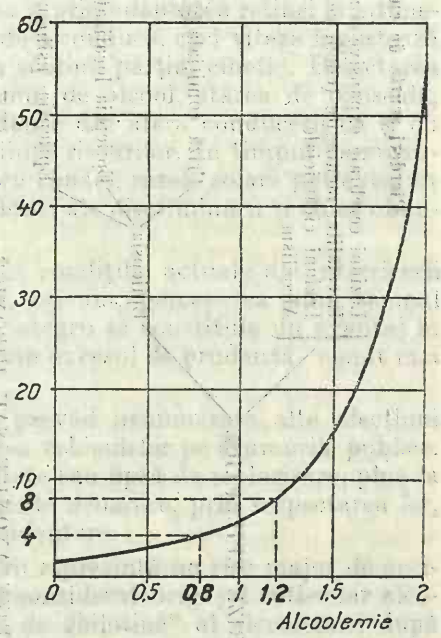


Fig. 103. Riscul de accidentare sub influența alcoolului.

tice decît la cele optice, motiv pentru care integritatea tuturor simțurilor devine condiția *sine qua non* a unei bune reflectivități. Dar, în mod obișnuit, aptitudinea de a opri un vehicul la vederea unui obstacol, în condițiile unei reflectivități normale, depinde și de viteza vehiculului. Astfel, distanța de frînare și deci posibilitatea de evitare a accidentului în condiții normale este la 20 km/oră (2 ×2) de 4 m; la 40 km/oră (4 ×4) de 16 m; la 60 km/oră (6 ×6) de 36 m; la 80 km/oră (8 ×8) de 64 m; și la 100 km/oră (10 ×10) de 100 m. Dacă pînă la 50 km/oră distanța de frînare este egală, în general, cu 1/2 din numărul de km pe oră, între 50—100 km/oră ea este egală cu numărul de km pe oră, pentru ca, peste 100 km/oră distanța de frînare chiar să depășească numărul de km/oră. De asemenea, depășirea unui vehicul, situație care generează multiple accidente, se face în siguranță dacă vizibilitatea este între 200—500 m, viteza vehiculului ce depășește este dublă, timpul de depășire nu trece de 10″ și rezerva de accelerație este de minimum 20%. În aceste condiții, depășirea unui autovehicul ce circulă cu 80 km/h, la o viteză a vehiculului ce depășește de 100 km/h, implică 550 m, fapt ce se face în circa 22″. Tot așa, pentru a asigura condițiile de reflectivitate integră, este necesar ca distanța dintre vehicule să fie egală în metri cu numărul de km/h (la 80 km/h va fi de 80 m). Desigur, toate aceste reguli pot fi profund modificate de consumul de alcool, fie prin anularea funcțiilor corticale ce scad capacitatea de evaluare a riscurilor, fie prin modificarea gravă a reflectivității.

Experimentele sînt convingătoare în a arăta că alcoolul, la concentrații în jurul a 1 g‰, triplează durata timpilor de reacție, astfel încît frînarea se va face cu întîrziere, creîndu-se riscul imposibilității evitării unui obstacol. Sub influența alcoolului, la atare concentrații, un conducător percepe obstacolul cu întîrziere, execută reacția de frînare cu întîrziere, și prin acestea, reacționează cu circa 15 m mai tîrziu (vehiculul este frînat după ce a parcurs 15 m), fapt ce face accidentul inevitabil.

Din toate cele expuse rezultă că alcoolismul acut este un factor criminogen de prim ordin în trafic, devenind un fel de anticameră a delincvenței. De aceea, legea pedepsește conducerea unui vehicul prin simpla constatare a unei îmbibații alcoolice de peste 1‰, în afara comiterii vreunui accident, după cum, indiferent de nivelul îmbibației, în cazul comiterii unui accident, consumul de alcool devine un factor agravant. De aceea, dacă alcoolismul cronic sau psihotic interesează medicina legală prin aceea că explică mai frecvent cauza morții (prin hematoame subdurale, atrofie cerebrală, accidente prin aspirarea ichidelor de vărsături, tulburări miocardice etc.), sau necesită aprecierea responsabilității față de faptele proprii, alcoolismul acut interesează în primul rînd prin implicațiile sale legate de trafic.

Metabolismul alcoolului în organism (etiloxidarea) se face cu ajutorul unei enzime denumită alcooldehidrogenază, fie prin ciclul Krebs fie pe cale microzomală. După ce este ingerat, absorbția alcoolului începe chiar din gură, continuă în stomac și este maximă în intestinul subțire. Dacă ingestia încetează, se stabilește un echilibru între difuziunea și oxidarea alcoolului în organism (platoul Grehant), după care începe eliminarea sa progresivă. Curba de metabolizare a alcoolului în organism (curba Widmark clasică) exprimă oxidarea alcoolului cu 0,15 g‰ și pe oră în raport de integritatea alcooldehidrogenazei hepatice (fig. 104, 105). O multitudine de factori însă modifică aspectul clasic al curbei Widmark, printre care mai importanți sînt cantitatea și concentrația băuturii ingerate, modul de ingestie (unic sau fracționat), starea de plenitudine sau vacuitate a stomacului, ingestia concomitentă și felul alimentelor ingerate, toleranța la alcool, existența unor rezecții gastrice,

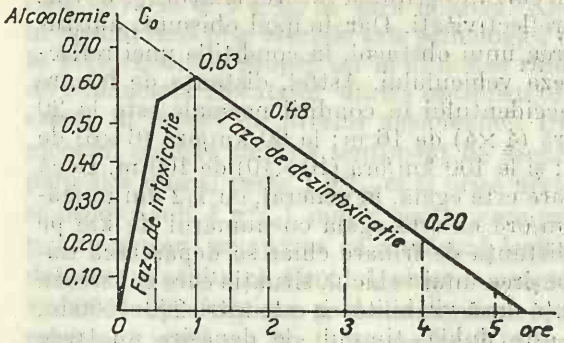


Fig. 104. Curba Widmark.

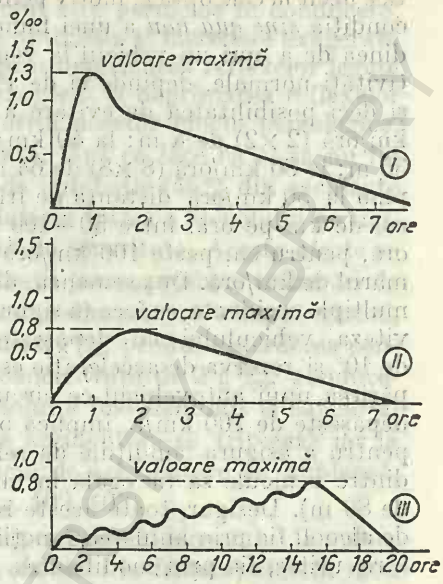


Fig. 105. Diferite curbe Widmark.

sau afecțiuni hepatice etc. (tabelul 17). De asemenea, traumatismele craniocerebrale, colapsul, hemoragiile, șocul, vărsăturile, perfuziile etc. modifică curba de absorbție a alcoolului și chiar alcoolemia.

Tabelul 17.

Alcoolemia în funcție de cantitatea ingerată, de felul băuturii, de sex și masa corporală (Oakley Ray)

Alcool absolut în g	Cantitatea ingerată	Nivelul alcoolemiei (g%)					
		46 kg		69 kg		92 kg	
		F	B	F	B	F	B
14	1 doză spirt (28 g alcool) 1 pahar vin 1 sticlă bere	0,45	0,37	0,30	0,25	0,22	0,19
28	2 „	0,90	0,75	0,60	0,50	0,45	0,37
57	4 „	1,80	1,50	1,20	1,00	0,90	0,70
85	6 „	2,70	2,20	1,80	1,50	1,30	1,10
113	8 „	3,60	3,00	2,40	2,00	1,80	1,50
142	10 „	4,50	3,70	3,00	2,50	2,20	1,80

În organism, circa 95% din alcool este oxidat în acetaldehidă, apoi în acid acetic și în final în CO_2 și H_2O, iar restul de 5% este eliminat ca atare la nivelul pulmonului și rinichilor.

Timpul de eliminare a alcoolului din organism depinde de nivelul alcoolului, astfel încît, de exemplu, la o alcoolemie de 1 g‰, în raport de coeficientul de etiloxidare, eliminarea se va face în timp de 6—7 ore, evident, în raport de factorii sus menționați. Cantități foarte mici de alcool persistă ca atare în ficat, nemetabolizat, pînă la 15 zile (evidențiat cu ajutorul carbonului radioactiv) și pe seama acestei persistențe se pun efectele sale cirogene. Cunoașterea metabolismului alcoolului este deosebit de utilă în practică, deoarece permite calculul în retur al alcoolemiei, ori de cîte ori priza de sînge s-a făcut tardiv, datorită unor împrejurări fortuite sau părăsirii locului accidentului.

Astfel, cunoscîndu-se cantitatea de alcool oxidat pe kg/corp și pe oră, se poate aprecia retrospectiv nivelul alcoolemiei din momentul accidentului, înmulțindu-se numărul orelor ce au trecut de la accident la prelevare cu 0,15 și adăugîndu-se rezultatul la alcoolemia constatată în momentul prelevării.

În practica de expertiză medico-legală se cere uneori a se preciza și cantitatea de alcool ingerată, care se apeciază înmulțind concentrația sangvină a alcoolului cu greutatea corporală a subiectului și cu un coeficient Widmark de 0,7 pentru bărbați și 0,6 pentru femei. Cantiatea se împarte la densitate și se obțin volume ca, de exemplu, 32 g alcool pur = 40 volume, ceea ce este egal cu 100 ml coniac. Evident, acest calcul are și factori de eroare, ori de cîte ori băutura este diluată, consumată pe stomacul plin etc. Pe de altă parte, cantitatea de alcool dintr-un litru de bere de 5° realizează o alcoolemie de 0,75 g‰, dintr-o sticlă de vin de 700 ml și 13° de 1,5‰, din 250 ml lichior de 20° de 0,75 g‰, din 250 ml whisky de 40° de 1,5 g‰.

Tabelul 18

Concentrația alcoolului în țesuturi după moarte (Van Hecke)

Țesutul	Concentr. alcoolului raportată la concentr. sa în sînge	Conținutul în apă		Rația alcool/apă (1 : 3)
		Absolut %	Relativ la sînge	
Sînge	1	80,5	1	1
Bilă	1,10	98	1,22	0,90
LCR	1,27	99	1,23	1,03
Urină	1,33	98	1,22	1,09
Creier	0,74	76	0,94	0,79
Rinichi	0,92	77	0,95	0,97
Ficat	0,64	70	0,87	0,74
Mușchi	0,84	74	0,92	0,91
Miocard	0,83	77	0,95	0,87
Splină	0,88	77	0,95	0,93
Testicul	0,97	86	1,07	0,91

În practica medico-legală, de mare importanță aplicativă este cercetarea alcoolului la conducători, la pietonul accidentat sau alteori la cadavru. Astfel, dacă la persoane alcoolul se elimină în medie cu 0,10—0,15 g/kg și pe oră (cu limite maxime între 0,6—0,20‰/oră), la cadavru, alcoolul dispare mult mai lent și în funcție de temperatură. Astfel, dacă la —3°, la 14—17 zile de la deces se mai găsește 20% din alcool, la —18° el persistă 100% în cadavru (tabelul 18). De asemenea, de importanță medico-legală este cunoașterea raportului dintre alcoolemie și alcoolurie, deoarece, dacă în momentul prizei de sînge alcooluria este mai mare decît alcoolemia, se deduce că subiectul se află în plină fază de eliminare a alcoolului, iar dacă alcoolemia este mai mare decît alcooluria, în plină fază de resorbție (fig. 106). În același scop se va corela și nivelul imbibației biochimice cu examenul clinic. De regulă, starea de ebrietate se dovedește prin orice mijloace, inclusiv clinice, dar nivelul imbibației sangvine

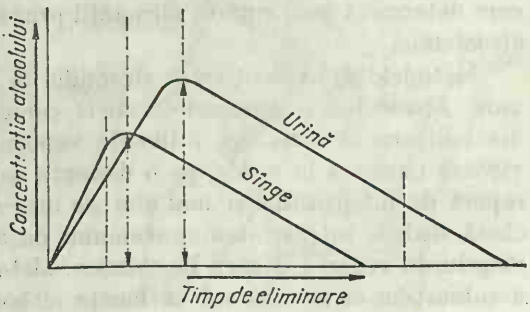


Fig. 106. Raportul alcoolemie/urie.

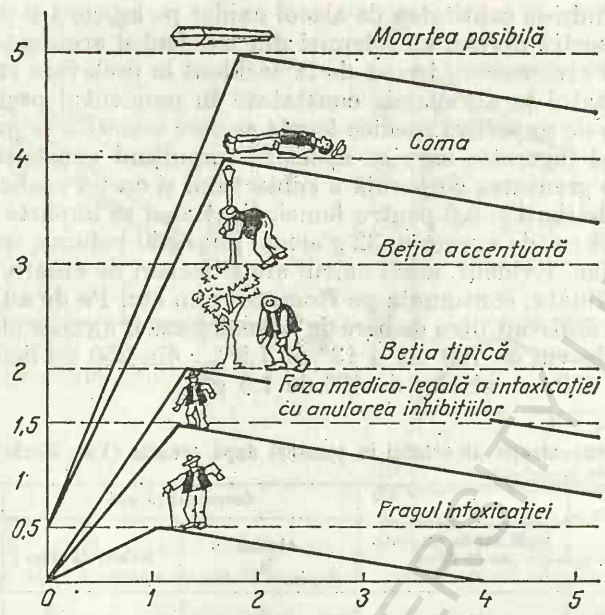


Fig. 107. Fenomenele clinice din intoxicația alcoolică.

numai prin examen biochimic (dozare). În condițiile noastre de lucru, examenul clinic efectuat după o fișă model, odată cu priza de sînge, devine obligatoriu pentru orice medic. Clinic, dacă la imbibații de 0,3 g‰ se realizează o stare infraclinică fără modificarea frapantă a reactivității, la 1 g‰ apar semne evidente de beție, pentru ca după această concentrație beția să fie de intensitate medie (fig. 107). Efectuarea acestui examen clinic necesită prudență din partea medicului, în sensul eliminării diferitor traumatisme sau anxietăți legate de accident precum și a subiectivității examinatorului, care ar duce la concluzii eronate. De aceea, pe lîngă examenul clinic clasic inclus în fișă, se utilizează și mijloace instrumentale obiective, cum ar fi nistagmografia, tulburările de echilibru înregistrate fotoelectric etc. Examenul clinic are marea importanță de a fi corelat cu examenul biochimic, deoarece, ori de cîte ori există discordanțe frapante între ele, se va reține fie o prelevare defectuoasă (după dezinfectarea tegumentelor cu alcool), fie un examen clinic incompetent. Mai mult, legea prevede situația după care, dacă în timpul accidentului subiectul era în stare de ebrietate, faptul constituie o agravantă care determină la afirmarea ebrietății prin examen clinic, indiferent de nivelul alcoolemiei.

Metodele de evidențiere a alcoolului în organism sînt de triere sau de dozare. Alcotestele sînt tuburi de sticlă corect calibrate în care se află un reactiv sulfocromic care, sub influența vaporilor de alcool din aerul expirat, își virează culoarea în verde, pe o distanță oarecare din coloana reactivului. În raport de intensitatea și mai ales de lungimea virării culorii, organul de anchetă deduce intensitatea consumului de alcool și procedează la prelevarea sîngelui în vederea dozării biochimice. Metoda se impune cu valoare de triere a subiecților ce se află sub influența alcoolului din multitudinea participanților la traficul public.

Cunoscîndu-se regula după care cantitatea de alcool din 2,1 l aer alveolar este egală cu cantitatea de alcool dintr-un ml de sînge, s-au construit aparate care permit calculul pe loc al nivelului alcoolemiei, numite intoximetre.

Metodele cele mai precise de evidenţiere a unei alcoolemii penale sînt însă metodele de dozare biochimică (metoda enzimatică, Nicloux sau în cromatografie gazoasă etc.), în baza cărora se pot emite cele mai ştiinţifice concluzii judiciare.

Morfologia şi mecanismele lezionale în trafic

În trafic, omul este o victimă a forţelor fizice de decelerație ce se declanşează mai ales în timpul coliziunii. Un vehicul în mişcare acumulează o energie proporţională cu masa şi pătratul vitezei. Dacă la aceeaşi masă viteza se dublează, energia creşte de 4 ori, dacă viteza creşte de 5 ori, energia va creşte de 25 ori etc. În momentul unui impact, energia acumulată se transformă în travaliu iar corpul nu va putea suporta decît pentru fracţiuni de miimi de secundă forţe de 50 ori greutatea sa. La 40 km/h forţa de proiectare a corpului în vehicul echivalează cu de 30 ori greutatea corpului, ori, prin braţe, omul nu poate prelua decît maximum de 2 ori greutatea corpului. Un om de 70 kg la o viteză de 60 km/h suportă 2600 kg. Dacă ciocănitoarea loveşte cu o forţă de 100 ori mai mare decît forţa gravitaţiei (forţă la care omul ar intra în comă) şi nu suferă nici-o tulburare, datorită creierului redus şi repartizării forţei de decelerație pe o suprafaţă osoasă şi musculară mare, omul a compensat sărăcia simţurilor prin dezvoltarea creierului, de unde riscurile vătămării sale la agresiuni minore. Forţa de decelerație la om este între 80 pentru osul frontal şi 30 pentru oasele nazale (tabele standard) şi este maximă cînd viteza este mare şi distanţa scurtă.

În momentul coliziunii a două vehicule sau a vehiculului cu un obstacol, la factorii mecanici ai coliziunii propriu-zise se adaugă factori cinetici, dependenţi de viteză, factori ce se vor reflecta în gravitatea leziunilor pietonilor sau ocupanţilor. Faptul explică de ce leziunile prin trafic prezintă o gravitate particulară. Astfel, în momentul unei opriri brusce (decelerații brusce) se declanşează energii enorme ce se vor reflecta în gravitatea leziunilor, dependentă de viteza vehiculuiui. Astfel la 25 kg/oră leziunile echivalează cu o cădere de la înălţimea de 3 m, pentru ca, la 75 km pe oră, leziunile să fie similare unei căderi de la 22 m înălţime.

Datorită forţelor cinetice implicate, organele cresc aparent în greutate (greutate dinamică) putîndu-se produce o serie de leziuni particulare, mai ales din partea organelor cavitare. Astfel, decelerația, prin creşterea presiunii în aortă, produce rupturi ale acesteia (fig. 108), iar datorită presiunii pe bucla intestinului se pot produce rupturi circumferenţiale ale sale. Sînt frecvente, de asemenea, rupturile pulmonare cu „caverne" hemoragice în interior şi leziuni ale organelor abdominale,

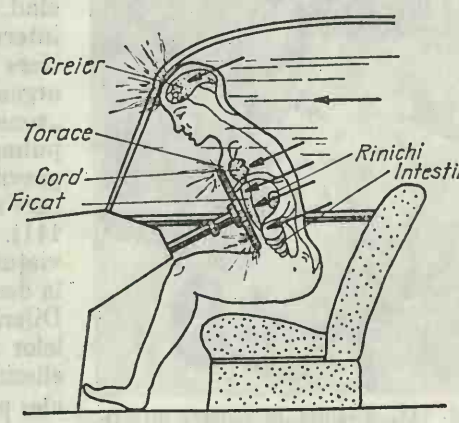


Fig. 108. Mecanismele lezionale la şoferi.

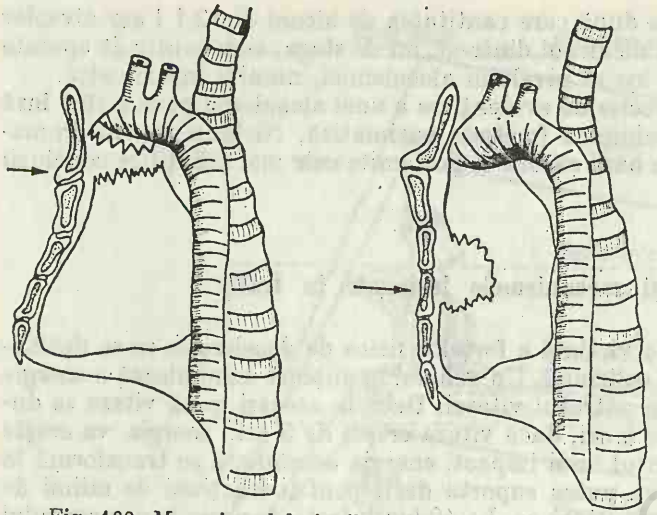


Fig. 109. Mecanismul leziunilor cardiace (Tedeschi).

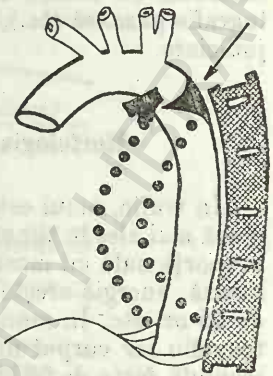


Fig. 110. Mecanismele lezionale ale vaselor mari (Budnik).

splina fiind primul organ interesat. Vehiculul se comportă deci ca fiind un element ostil ocupanților, care, practic, sînt supuși la două coliziuni: a vehiculului cu obstacolul și a ocupantului cu vehiculul. De aceea, coliziunile între vehicule sau între acestea și obstacole produc totdeauna leziuni mai grave decît răsturnarea unui vehicul.

Ceccaldi și Durigon clasifică mecanismele lezionale în trafic în mecanisme de șoc direct (cînd victima se ciocnește de vehicul), de șoc indirect (cînd forțele se transmit prin os și produc leziuni la distanță ca, de exemplu, fractura de col femural la lovirea genunchiului) și prin inerția organelor (ca în decelerațiile brutale fără lezarea tegumentelor)).

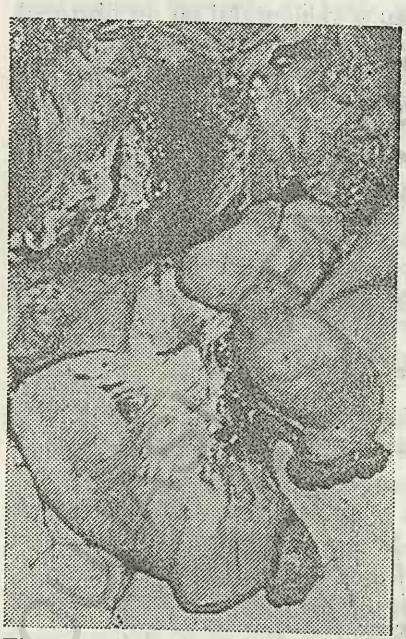


Fig. 111. Leziuni mezentero-intestinale și tegumentare (Tedeschi).

Leziunile vor fi deci consecința impactelor directe ale corpului cu o suprafață contondentă sau a impactelor indirecte cînd, de exemplu, măduva se lezează prin intermediul învelișurilor sale. Într-o apreciere generală, ori de cîte ori sînt interesate organele axiale ale corpului, așa-numitele „zone negre lezionale" (cap, măduvă, pulmon, cord etc.), vătămările vor fi de gravitate mai mare, față de situațiile în care sînt interesate membrele (fig. 109, 110, 111). De aceea, asistăm frecvent la supraviețuiri cu leziuni grave ale membrelor și la decese cu leziuni ușoare cranio-cerebrale. Diferitele metode de construcție a vehiculelor tentează o profilaxie lezională prin eliminarea unor riscuri de accidentare, mai ales produse prin cea de a doua coliziune. Astfel, centura de siguranță, volanele tele-

scopice, baloanele ce se umflă automat în momentul impactului etc. vizează reducerea unui astfel de risc de vătămare.

De interes medico-legal este cunoașterea leziunilor la ocupanți și pietoni.

Deși ocupanții se prezintă, în general, ca politraumatizați (în momentul unui accident soarta unui ocupant a fost comparată cu „a unei pietre în cutie", fiind deci expus la orice fel de vătămări), totuși, morfologia leziunilor prin trafic permite sistematizarea unor leziuni caracteristice, în raport de locul ocupantului. Astfel, conducătorul care are membrele ocupate pe sistemele de comandă suferă leziuni cranio-cerebrale prin lovirea capului de parbriz, leziuni toracice cu explozii pulmonare sau ale cordului și vaselor mari prin comprimarea lor între volan și coloana vertebrală (de aici rațiunea volanelor telescopice) precum și fracturi de membre, mai ales ale membrelor gambei, ale colului femural și cavității cotiloide a coxalului (fig. 112, 113; planșa III, fig. 15).

Se remarcă la ocupanți, în general, un ansamblu lezional cap-gît-torace cu lezări concomitente. Aorta se rupe mai frecvent sub emergența subclaviarei, cordul se lezează „în limbă de clopot" prin bascularea sa înainte cu lezarea aortei și dezinserția vaselor de pe crosă. Leziunile pulmonului se produc prin hiperpresiune pulmonară datorită glotei închise sau compresiunii între stern și coloana vertebrală. Leziunile ficatului se produc prin eclatare sau prin dezinserția pediculului hepatic (în decelerații). Ocupantul din dreapta suferă, de regulă, cele mai grave leziuni prin lovirea capului de parbriz, secționarea vaselor gîtului prin parbrizul spart sau proiectarea la exterior prin parbrizul distrus. În caz de supraviețuire, prejudicii estetice mari aduce lovirea feței în fragmentele de parbriz. Ocupanții din spate sînt catapultați în scaunele din față, în capul ocupanților din față, în parbriz sau la exterior. De menționat că ejecția (proiectarea din vehicul la exterior în momentul impactului) crește gravitatea leziunilor de aproximativ 5 ori: de aici rațiunea purtării centurii de siguranță care evită cea de a doua coliziune și ejecția, deși se invocă faptul că, în caz de comoție cu aprinderea concomitentă a vehiculului, centura de siguranță nu mai permite evitarea accidentelor prin carbonizare. Desigur, purtarea centurii de siguranță nu scutește de prudență în ceea ce privește viteza, deoarece, la viteze peste 90 km, chiar în prezența centurii de siguranță cît și în raport de modul plasării sale (exemplu, plasarea pelvină nu evită „mișcarea de salut" a corpului cu producerea de leziuni cervicale) se notează „leziuni prin centură" de tipul fracturilor costale, fracturilor de stern, rupturi-

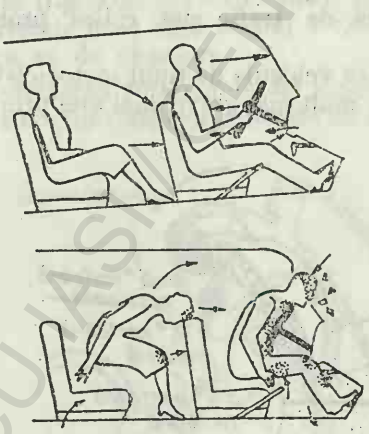


Fig. 112. Mecanisme lezionale la ocupanți (Gisane).

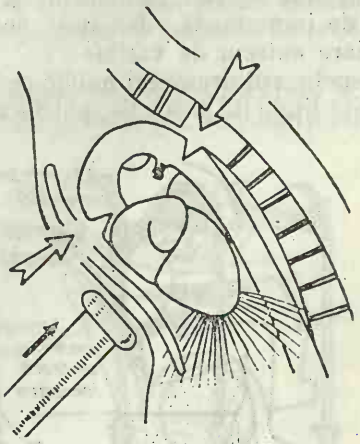


Fig. 113. Alte mecanisme lezionale cardiace frecvente (Budnick).

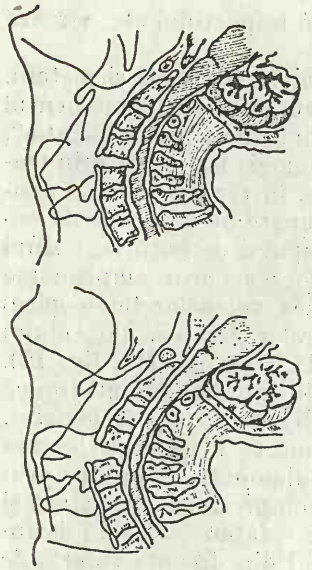


Fig. 114. Mecanisme lezionale vertebromedulare (Budnick).

lor de ficat, rupturilor de uter cu ejecția fătului în abdomen, decolărilor de placentă, avortului traumatic, hematoamelor retroplacentare, rupturilor de pancreas etc. În astfel de situații, nu rareori malformațiile nou-născutului au fost imputate accidentului. În situația opririi brusce a vehiculelor (decelerație) sau lovirii brusce a vehiculelor staționare (accelerație), un mecanism frecvent de lezare vertebro-medulară este acela de hiperflexiune (în decelerație) sau de hiperextensie (în accelerație) a coloanei vertebrale cu telescoparea coloanei înainte sau înapoi și cu producerea unor leziuni medulare grave prin intermediul învelișurilor măduvei sau al fracturilor vertebrale. În aceste împrejurări, răsunetul lezional maxim este la nivelul segmentelor corporale balante, al joncțiunii cranio-spinale, cu producerea leziunilor de „whiplash" (în lovitură de bici) prin hiperextensie și hiperflexie combinată, de unde profilaxia lor prin utilizarea acelor sprijinitoare de cap („antiwhiplash seats") (fig. 114, 115). Alături de acestea, intervenția mecanismelor cinetice, dependente de viteză în traumatizarea prin trafic, se evidențiază și în existența unor leziuni specifice, deseori fără impact, așa cum ar fi hematoamele subdurale prin ruperea venelor corticomeningee datorită vibrării creierului în interiorul cavității craniene, ruperea pediculului splinei sau ficatului, dezinserțiile mezenterice, lovirea craniului fătului de promontoriul mamei etc. La majoritatea leziunilor se pot constata mecanisme relativ specifice care fac însă obiectul studiilor specifice de biocinetică a impactelor. Printre acestea, fracturile de stern pot duce la rupturi de aortă directe, transversale, prin mecanism de lopătare („shovelling efect") sau indirecte, similare căderilor pe fese, cînd are loc deplasarea viscerelor spre intratorace. Ruperea arterei renale stîngi, mai scurtă, prin elongație, duce la hematoame retroperitoneale iar artera renală dreaptă, de regulă comprimată pe coloana vertebrală, duce la tromboze și necroze corticale bilaterale. Cunoașterea acestor mecanisme și circumstanțe de traumatizare este deosebit de importantă, deoarece accidentele de trafic pot ridica probleme judiciare extrem de variate.

Beneficiarii drumului public ce utilizează vehicule de tipul motocicletelor, datorită lipsei de protecție, pot face leziuni mult mai grave, mai ales prin pro-

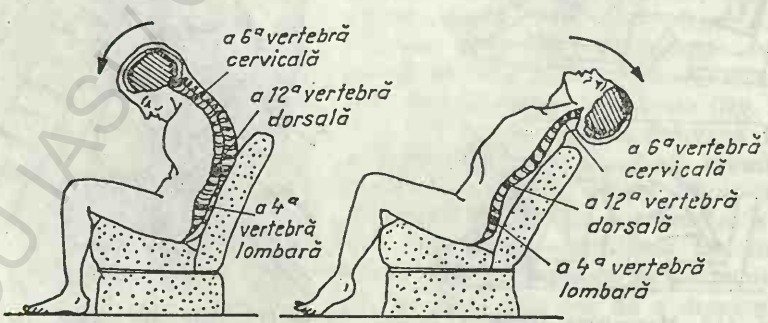


Fig. 115. Mecanisme lezionale vertebromedulare (Arnaud).

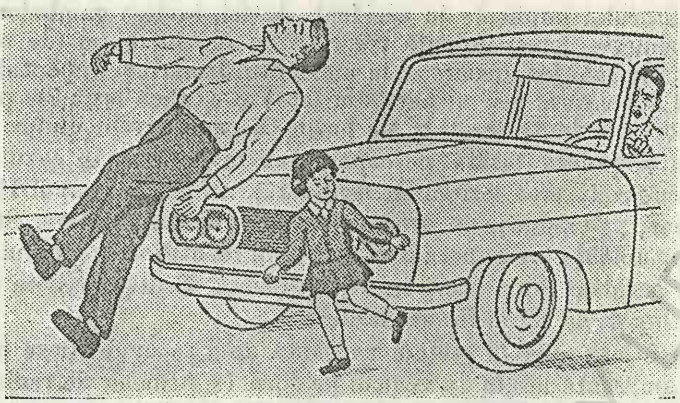


Fig. 116. Mecanisme lezionale la pietoni (Arnaud).

iectare la distanță. În aceste împrejurări, traumatismele cranio-cerebrale cu fracturi craniene se produc chiar și la 16 km/oră (fapt ce echivalează cu o cădere de la circa 1 m și urcă la o frecvență de pînă la 75%). Dacă, la ocupanții unui automobil, vehiculul și organismul din punct de vedere fizic se comportă ca un tot, în situația accidentelor de motociclete sau biciclete, ocupantul este lovit prin intermediul motocicletei sau bicicletei și leziunile vor fi mult mai grave datorită forței de proiectare imprimate.

Pietonii vor suferi leziuni variate în raport de tipul vehiculului și viteza sa în momentul impactului. Astfel, autoturismele vor produce leziuni ale membrelor inferioare urmate de bascularea trunchiului pe vehicul și de proiectare în al doilea timp (la copii, se produc proiectări primare, fără basculare), în timp ce autocamioanele, în raport de porțiunea cu care lovesc, vor produce leziuni mai aparte, de exemplu de lovire solitară a capului și proiectare de către lada vehiculului. Lovirile de către vehicule mici, sub centrul de greutate a corpului, vor produce rotirea sa și lovirea contralaterală față de vehiculele mari, care, lovind deasupra centrului de greutate vor imprima o mișcare de translație fără rotație. În general, lovirile cu partea frontală a vehiculului duc la bascularea corpului pe vehicul, față de lovirile oblice care duc la proiectare directă (fig. 116, 117). În călcări la viteze mici se produc leziuni intense față de vitezele mari cînd corpul e catapultat de roată și leziunile se produc la partea sa de abordare.

Cercetarea corespondenței lezionale de impact cu vehiculul ajută la aprecierea circumstanțelor concrete de accidentare precum și a culpelor pietonului

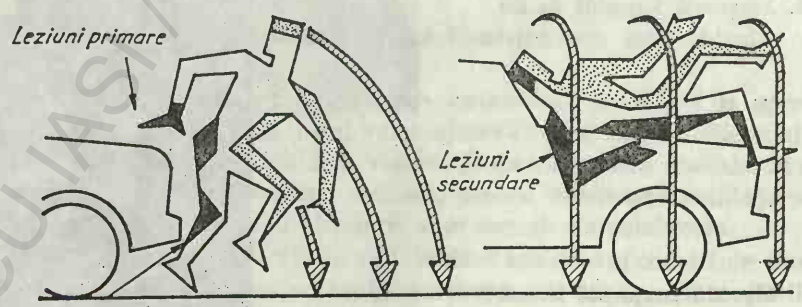


Fig. 117. Leziunile de lovire, basculare și proiectare.

sau conducătorului implicate în accident. Astfel, lovirea gambelor prin bara din față stabilește corespondența fracturii cu nivelul barei (de regulă fractura fiind puțin mai jos, deoarece, în momentul frînării și impactului, vehiculul tinde să coboare în jos cu bara din față) și explică leziunile primare. Se face apoi corespondența fracturii de bazin cu capota vehiculului, a fracturii craniene cu amprenta lăsată pe capotă sau în parbriz, în cazul basculării (timpul II cu producerea leziunilor secundare), urmată în timpul III de proiectarea victimei pe caldarîm cu producerea unor leziuni terțiare. Stabilirea acestor corespondențe are o mare importanță în identificarea tipului de vehicul implicat în accident și ca atare în depistarea sa. Pentru aceasta se va nota distanța în cm de la sol la fiecare leziune.

Cercetarea leziunilor la pietoni va căuta apoi să evidențieze pe acele cu valoare de amprentă lăsate de vehicul pe corp (a urmelor de radiator, pneu, far etc.) sau amprentele lăsate de corp pe vehicul. Cercetarea acestor leziuni cu valoare de amprentă ajută, în cel mai înalt grad, la precizarea cauzei morții ca fiind datorată unui accident de vehicul (fig. 118, 119). În același scop se vor cerceta hainele ce pot avea urme de vopsele, anvelopă, deseori urmele de vopsea imprimîndu-se mai bine pe oase.

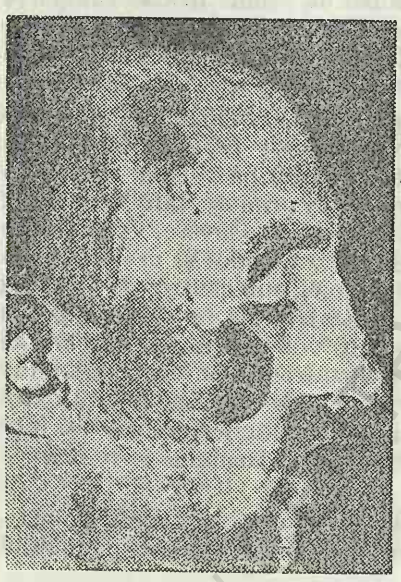


Fig. 118. Amprentă lezională de far.

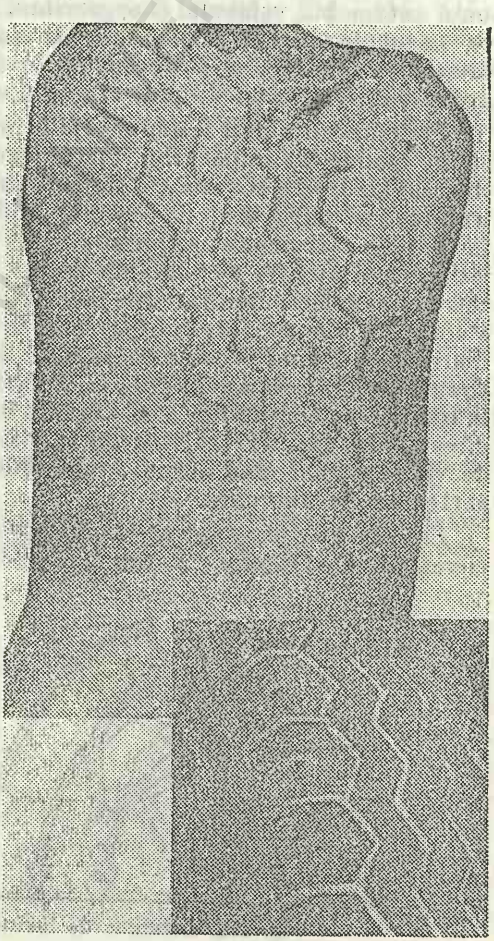


Fig. 119. Amprentă lezională de anvelopă.

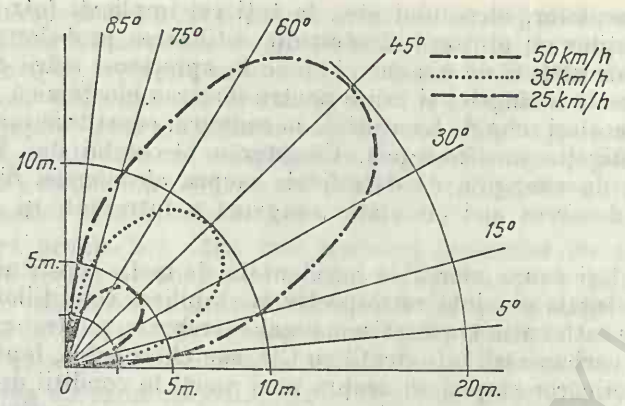


Fig. 120. Aprecierea distanței de proiectare (Desmarez).

În sfîrșit, pe vehicule rămîn urme biologice (sînge, fire de păr, resturi tisulare etc.) care cercetate medical ajută la elucidarea condițiilor accidentului și a vehiculului implicat.

Sintetizarea mecanismelor de lovire a pietonilor arată că leziunile acestora se produc prin simplă lovire de către vehicul, lovire și călcare, lovire, călcare și tîrîre, tamponare, lovire urmată de proiectare etc. Mecanismele cele mai frecvent implicate sînt de lovire și de proiectare la o distanță mai mare sau mai mică, în raport de felul vehiculului, de viteza și intensitatea frînării sale. Mai concret, distanța de proiectare în cazul lovirii de către un autoturism depinde de viteza acestuia și de unghiul de înclinație sub care este surprinsă victima în momentul accidentului. Astfel, la 85 km/oră, pietonul surprins într-o înclinație de 45° față de sol, riscă o proiectare de pînă la 10 m distanță (fig. 120). În lovirile frontale, la adulți, proiectarea se face de regulă după basculare pe vehicul, față de copii, unde lipsește această basculare. Circumstanțele lovirii unui pieton pot fi de asemenea variate, de la ictusul cerebral cu cădere în fața vehiculului urmat de călcare, uneori chiar după moarte, pînă la lovirile autentice cu distrugerea țesuturilor. La pietoni, uneori leziunile pot fi tot atît de variate și curioase, mai ales în situația proiectării lor la distanță, a căderilor din vehiculele în mers, a călcărilor de vehicule etc. cînd se constată evulsia creierului la exterior, expulzia globilor oculari, a cordului prin breșe diafragmatice și abdominale, împingerea unor fragmente de intestin sau ficat pînă sub tegumentele membrelor inferioare etc.

Problemele medico-legale ale accidentelor prin autovehicule

Una dintre problemele medico-legale importante se referă la aprecierea capacității de a utiliza drumul public cu ajutorul unui vehicul. Medicul legist poate fi solicitat direct în stabilirea validității de a conduce, mai ales în cazuri litigioase sub aspect medical, sau indirect, pentru verificarea realității actelor medicale eliberate în vederea obținerii unui permis de conducere.

Stabilirea cauzelor medicale ce au favorizat accidentul constituie una dintre problemele de majoră importanță medico-legală în domeniu. Pe lîngă serie de afecțiuni care pot explica un accident, nu se va uita investigarea ro-

lului medicamentelor, alcoolului etc., la toți cei implicați într-un accident. Trierea suspecților cu ajutorul alcotestului, utilizarea probelor psihometrice și instrumentale alături de examenul clinic în aprecierea stării de ebrietate, prelevarea corectă a sîngelui și urinii pentru dozarea biochimică a alcoolului, prelevarea în același scop de țesuturi de la cadavru, constituie măsuri elementare de investigație medico-legală. Cercetarea alcoolului din hematoamele intracraniene, de exemplu, dă date fidele asupra alcoolemiei din momentul accidentului, deoarece aici circulația sangvină e întreruptă și cifra rămîne fidelă.

Mecanismul și cauza morții în accidentele de trafic constituie o altă problemă medico-legală ce ajută retrospectiv la stabilirea condițiilor de accidentare. Se moare astfel prin traumatisme cranio-cerebrale, șoc traumatic, asfixie, arsuri pînă la carbonizări, intoxicații cu CO, sau chiar subit, fapt ce va ajuta la elucidarea oricăror suspiciuni asupra unei morți în condiții de trafic. S-au citat și morți prin asfixie consecutiv aspirării unei gume de mestecat sau unor bucăți de parbriz.

O problemă deosebit de importantă se referă la reconstituirea dinamică a accidentului plecînd de la aspectul leziunilor constatate necroscopic. Relevînd nivelul și aspectul leziunilor, medicul poate susține, cu argumente științifice, atît realitatea morții prin trafic cît și mecanismul accidentării (lovire, proiectare, călcare etc.). Se va putea stabili și cine a condus un vehicul după amprenta volanului pe torace precum și viteza vehiculului dedusă din forța de decelerație (intensitatea leziunilor).

Cercetarea medico-legală a leziunilor într-un accident de trafic va permite culegerea de elemente științifice care să pledeze pentru crimă, sinucidere sau accident. Lipsa cauzelor de mediu sau a defecțiunilor vehiculului care să explice accidentul, absența frînării, depresia în antecedente etc., vor suspecta sinuciderea prin vehicul. Se pot culege de asemenea informații care să pledeze pentru aruncarea-suicid în fața vehiculului.

Din toate cele de mai sus rezultă că pentru a rezolva întreaga problematică medico-legală ridicată de accidentul de trafic, medicul trebuie să procedeze la o adevărată „autopsie a accidentului" pentru a studia, în mod corelativ și exhaustiv, toți factorii implicați.

Profilaxia accidentelor de trafic

Modernizarea drumurilor și vehiculelor constituie o preocupare socială care depășește sarcinile medicului. Cunoașterea cauzelor umane, cel mai frecvent incriminate în geneza accidentelor de trafic, ridică însă în mod imperios necesitatea profilaxiei lor prin mijloace medicale. Se admite, în general, că nu există reguli de prevenire a accidentului și că, chiar acolo unde se invocă hazardul, este vorba de o greșeală umană. De aceea, maximum de exigență corespunde de fapt la minimum de garanții, după formularea metaforică: totdeauna, tăria unui lanț nu depășește pe cea mai slabă dintre zale. În fața acestei realități, singura regulă de profilaxie valabilă este aceea de a lăsa totdeauna o margine de prudență, de siguranță, cu aptitudinea de a face profilaxia accidentului. Într-o viziune sintetică se estimează că, sub aspect profilactic, „criteriile de supraviețuire", mai ales în condițiile densificării traficului, care pînă la un punct fac să dispară diferențele dintre conducătorii buni și cei răi, țin de o reflectivitate normală (cu ajutorul testelor se poate stabili viteza limită

utilizabilă în raport de vîrstă şi de reflectivitate, în scopul ca omul să conducă numai cu viteza cu care este stăpîn pe reflexele sale), evitarea consumului de alcool (dacă în vechime, calul suplea reflexele călăreţului perturbate de alcool, astăzi, vehiculul are efecte inverse), rigurozitatea examenului medical la angajare, promptitudinea asistenţei medicale pe şosele şi o bună educaţie rutieră, de formare a deprinderii de a nu jena pe ceilalţi participanţi la trafic şi de a anticipa mereu consecinţele eventual negative, organizarea unor zile şi săptămîni fără accidente etc.

O măsură profilactică utilă este purtarea centurilor de siguranţă care, plasate peste torace precum şi la nivelul pelvisului, prezintă cea mai mare eficacitate în profilaxia vătămării sau ejecţiei. La depăşiri, în vederea aprecierii distanţei de depăşire, se va aprecia cu multă prudenţă viteza vehiculelor opuse, fapt ce implică integritatea vederii în profunzime.

Conducerea nocturnă necesită măsuri de profilaxie speciale, deoarece 1 km parcurs noaptea devine de două ori mai riscant decît 1 km parcurs ziua. În conducerea nocturnă, vederea este viaţa, de aceea se va micşora la maximum viteza la încrucişarea vehiculelor (în scopul de a evita „gaura neagră") cînd riscurile de accidentare sînt maxime.

În condiţiile traficului pe autostrăzi şi „curselor" pe care acestea le întind (relaxarea vigilenţei, excesul de viteză), se va apela la o profilaxie specifică prin controlul integrităţii pneurilor (exploziile la viteze mari cresc gravitatea accidentelor) şi prin supravegherea permanetă a vehiculelor ce vin din spate în momentul angajării pe alte culoare, ceea ce implică utilizarea permanentă a „ochiului dinapoia capului". Profilaxia accidentelor de trafic implică cunoştinţe despre relaţia viteză-distanţă de frînare, despre manevrele utile în situaţii critice precum şi despre cauzele de accidentare etc.

Moartea violentă se poate produce şi prin *alte tipuri de vehicule.* Tractoarele utilizate în agricultură, prin baza lor de susţinere redusă pentru a fi accesibile unor drumuri improprii, se răstoarnă cu multă uşurinţă producînd vătămări grave. Tractorul poate lovi, proiecta, călca etc., mecanisme care se deduc şi rezolvă după aceleaşi reguli metodologice de investigaţie morfologică medico-legală din medicina traficului. În cazul răsturnării, ocupanţii sînt surprinşi sub vehicul răsturnat şi pot muri prin rupturi sau striviri de organe, compresiuni toraco-abdominale, asfixii în apă sau mîl, sindroame de strivire a membrelor inferioare cu blocaje renale etc.

Trenul produce, de asemenea, morţi violente în cazul deraierilor, al căderilor accidentale din tren, al surprinderii persoanelor ce merg pe calea ferată sau în caz de sinucidere cu ajutorul trenului. Se realizează şi aici leziuni particulare cum ar fi decapitarea accidentală în cazul surprinderii de către tren, desmembrarea corpului cu fragmentarea şi transportarea sa la distanţe mari etc. În cazul sinuciderii, se adoptă poziţii preferate urmate de decapitare sau hemicorporotomie. Caracteristic călcărilor de tren este îmbibarea hainelor şi ţesuturilor cu funingine şi uleiuri, lipsa reacţiilor vitale, mai ales în decapitări, datorită rapidităţii morţii (ele se găsesc doar în subintima vaselor secţionate) şi alteori caracterul redus al acestor reacţii vitale, mai ales în segmentul în care persistă circulaţia sîngelui prin contracţia inimii (cum ar fi în trunchi). Sînt apoi caracteristice aşa-numitele fîşii de compresiune prin pergamentarea şi păstrarea integrităţii tegumentelor comprimate chiar de către o garnitură de tren, graţie elasticităţii acestora (fig. 121; planşa III, fig. 17).

Accidentele de *avion* se produc la sol, ca în situaţia aspirării prin orificiile turboreactoarelor, al căror flux de sucţiune ajunge la 600 km pe oră, sau prin

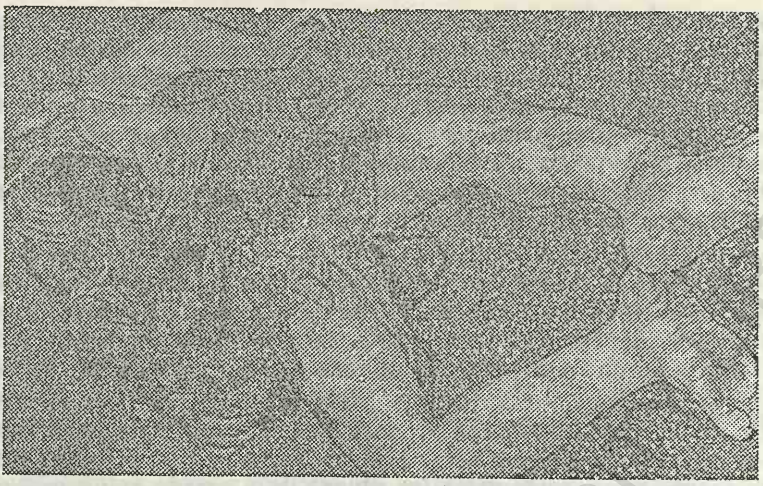


Fig. 121. Surprindere și călcare de tren.

lovire cu producerea de decapitări, desmembrări etc., se produc la aterizare prin coliziuni cu reliefuri (munți), cu solul, cînd accidentul se explică printr-o dificultate de apreciere a distanțelor, mai ales la avioanele supersonice la care ochiul, obișnuit cu infinitul, în momentul aterizării riscă o tulburare de acomodare, sau se produc la decolare prin explozii, incendii etc. Mai rar accidentele se produc prin coliziuni în timpul zborului, prin deschiderea accidentală a ușilor, prin spargerea parbrizelor de către vulturi etc. În 70% cazuri, accidentele se datoresc erorilor de pilotaj, în 40% se produc la aterizare și în 20% la decolare. În mecanismele de accidentare este de reținut faptul că creșterea progresivă a vitezei vehiculului scade durata stimulării retinei de către obiectele din jur, perioada de latență a unei percepții vizuale fiind de 0,05—0,1 secunde. În zborurile supersonice, în acest interval de timp se parcurg 100 m, iar în fața avionului se creează o zonă oarbă de 200—300 m, încît două avioane care ies din nori cu aceeași viteză riscă să nu se vadă. Nu rareori, un stimul excesiv creat de astfel de împrejurări paralizează orice activitate conștientă a pilotului, care vede că merge spre dezastru dar nu poate face nimic (așanumitul reflex de moarte aparentă al lui Kretschmer). Într-o statistică, la 1000 de zboruri s-au produs 58 de accidente, din care 42 s-au datorat dificultăților de apreciere a distanțelor, erorilor de apreciere a vitezei precum și a reperelor. Din aceste accidente, 10 s-au produs la decolare, 2 în aer și 46 la aterizare. Mai rar, cauza accidentelor se explică printr-un accident patologic acut al pilotului de tipul pneumotoraxului spontan, perforației ulcerului gastric, colicii nefretice, rupturii de anevrism etc.

În accidentele de avion se produc distrugeri de organe și ale corpului, cu atît mai accentuate cu cît vitezele de impact sînt mai mari (în 1/4 cazuri autopsiile devin imposibile prin dezintegrarea corpului). La viteze trisonice, datorită fragmentării corpului, reconstituirea cadavrelor devine extrem de dificilă și laborioasă. Carbonizările concomitente îngreuiază și mai mult această reconstituire. Pentru reconstituirea cadavrelor, identificarea cu ajutorul danturii (datorită rezistenței lor la ardere) și fișelor dentare se impune cu necesitate. Unii autori consideră că, în raport de intensitatea fragmentării fibrelor miocardice, se poate deduce viteza de impact (fragmentarea ar fi cu atît mai accentuată cu cît viteza este mai mare).

BIBLIOGRAFIE

1. Ander Z., *Omul și viteza*, Tg. Mureș, 1973.
2. Arnaud M., *Précis de secourisme routier*, France selection, Paris, 1971.
3. Blaj C. D., *Comportamentul la volan*, Editura Medicală, 1982.
4. Banciu D., *Bull. docum. med. jud.*, București, 1961, 3, 27.
5. Banciu D., Droc I., *Probl. med. leg.*, 1964, 2, 295.
6. Brînzei P., Selaru M., *Condiția psihică privind utilizarea drumului public*, Consf. accid. circ., Iași, 1962.
7. Cernea P., Brănișteanu M., *Problemele vizuale ale conducerii pe autovehicule*, Consf. accid. circ., Iași, 1962.
8. Captain M., *Aircraft Accident Pathology*, Washington, 1964.
9. Captain M., *Aircraft Accident Pathology*, Halton, 1965.
10. Desmarez I. J., *Manuel de médecine légale à l'usage de juristes*, P. U. Bruxelles, 1967.
11. Desmarez I. J., *Manuel de toxicologie clinique*, Edit. Maloine, 1970.
12. Holban I., *Probleme de psihologie a muncii*, Editura Științifică, 1970.
13. Ionescu C., *Omul contemporan și mediul său de viață. Omul în lumea contemporană*, Editura Științifică, 1970.
14. Kernbach M., Scripcaru Gh., Bulău, I., *Consf. accid. circ.*, Iași, 1962.
15. Laborit H., *L'agressivité détournée*, U.G.E., Paris, 1970.
19. Millet L., *L'agressivité*, Presse Univ., Paris, 1970.
20. Oakley S. Ray., *Drugs Society and human behaviour*, New York, 1972.
21. Oblu N., Săndulescu Gh., Rusu M., Stanciu A., *Traumatisme craniocerebrale prin accidente de circulație*, Conf. accid. circ., Iași, 1962.
22. Pavelcu V., *Drama psihologiei*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
23. Pirozynski T., *Patologia motivației în sindroamele psihice reactive*, IMF Timișoara, 1972.
24. Roșca Al. (sub red.), *Tratat de psihologie experimentală*, Editura Academiei R.S. România, 1963.
25. Roșca M., *Metode de psihodiagnostic*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
26. Scripcaru Gh., Bulău I., Kernbach M., *Atti del I Congr. internat. di med. del traffico*, Roma, 1963.
27. Scripcaru Gh., Manoilescu E., *Viața med.*, 1971, 24, 1133.
28. Scripcaru Gh., Pirozynski T., Pastia A., Istrate E., La rev. d'alcool, 1970, 3, 224.
29. Scripacru Gh., Pirozynski T., *5-Conf. on alcohol and trafic safety*, Freiburg, 1969.
30. Slater P., *Injury patterns in road traffic accidents*, Health Services Research Board, Helsinki, 1967.
31. Teodorescu L., Stratulat E., Dragomir I., *Rolul auditiei în siguranța circulației*, Consf. accid. circ, Iași, 1962.
32. Uotila U., *Annales Medico-Legalis*, Helsinki, 1963.

BCU IAȘI FILIALA UNIVERSITARĂ LIBRARY

Armele de foc realizează agresiuni de la distanță, produc leziuni specifice sau polimorfe, creează uneori dificultăți de interpretare, de unde complexitatea problemelor medico-legale pe care le ridică. Armele de foc pot fi cu țeavă lisă (netedă) sau cu ghinturi, cu țeavă scurtă sau lungă, cu glonte unic sau automate etc., iar morți violente se pot produce și prin arme de vînătoare, focoase, grenade, pistoale cu aer comprimat, cu bolțuri etc. (tabelul 19).

Tabelul 19

Structura, clasificarea armelor de foc și elementele componente ale cartușului

Structura armei de foc
- Țeavă: netedă (lisă); ghintuită
- Închizător ce servește pentru: încărcare; ejectarea cartușelor; mecanismul de dare a focului
- Mecanismul de alimentare: manual; automat, cu ajutorul gazelor
- Mecanismul de percuție: trăgaciul; percutorul ce lovește capsa
- Sistemul de ochire

Clasificarea armelor de foc

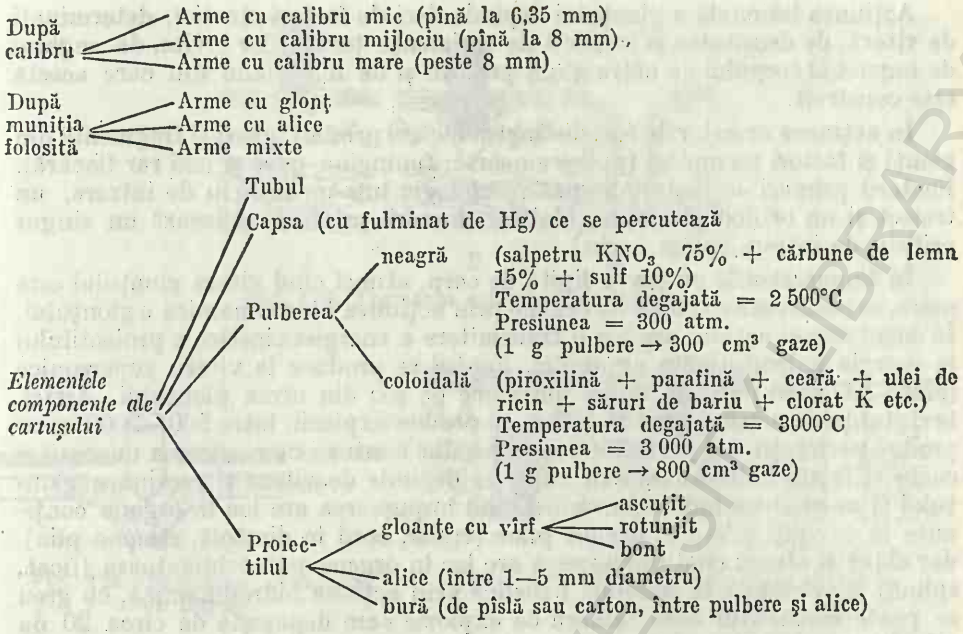
După destinație
- Arme militare: puști, carabine — cu țeavă lungă; revolvere, pistolete — cu țeavă scurtă
- Arme de vînătoare: cu o țeavă; cu două țevi; cu trei țevi
- Arme sportive (de tir)
- Arme speciale: pistoale de semnalizare; pistoale de start; pistoale de alarmă
- Arme deghizate: pistol baston; pistol stilou

După lungimea țevii
- Cu țeavă scurtă (3—20 cm): revolvere; pistolete
- Cu țeavă mijlocie (20—50 cm): arme tir; pistol mitralieră
- Cu țeavă lungă (50—80 cm): carabine; arme de vînătoare

După sistemul de forare a țevii
- Cu țeavă lisă: arme vînătoare; pistoale rachetă
- Cu țeavă ghintuită

După modul de funcționare
- Arme simple (cu un singur cartuș)
- Arme de repetiție (încărcare manuală)
- Arme semiautomate (percuția e manuală dar descărcarea automată)
- Arme automate (alimentarea și percuția în serie)

BCUIAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Efectele lezionale ale glonțului se datoresc proprietăților sale de obiect contondent (acțiunii mecanice) cît și forței cinetice consecutiv vitezei imprimate. Deoarece în momentul împușcării se realizează presiuni de pînă la 3 000 atm, se deduce că gloanțele cu viteză supersonică vor produce cele mai grave leziuni (de tipul distrucțiilor tisulare) față de gloanțele cu viteze subsonice (care vor produce leziuni mai reduse) (tabelul 20).

Tabelul 20

Morfologia și patogenia plăgilor balistice

Leziuni produse de proiectil

1. Rupere
   - forță cinetică mare
   - prin cămașa glonțului
   - în organe cavitare pline
   - ricoșare
   - arme cu țeava retezată
2. Perforare (cu minus de țesut după Raischi)
3. Înfundare (desfacerea țesuturilor fără pierdere de țesut după Pirogoff)
4. Contuzie
   - forță cinetică mică
   - unghi de impact sub 15°

Felul rănii împușcate

1. Transfixiantă
2. Perforantă (oarbă)
3. Contuză

Patogenia rănii împușcate

1. Între 500—800 m (zona de explozie), „forța vie" (viteza de intrare în organism) are efecte de distrugere
2. Între 800—2 000 m (zona de perforație), „forța vie", mai mică, realizează perforații oarbe
3. Peste 2 000 m (zona de contuzie), nu se perforează.

BCU IAȘI CENTRAL LIBRARY

Acţiunea lezională a glonţului depinde deci de factori cinetici, determinaţi de viteză, de densitatea şi implicit de rezistenţa ţesuturilor lovite, de unghiul de impact al corpului de către glonţ precum şi de materialul din care acesta este construit.

În acţiunea armelor de foc, distingem factori primari (glonţ şi fragmente din glonţ) şi factori secundari (pulbere nearsă, funingine, gaze şi mai rar flacără). Factorii primari se materializează morfologic într-un orificiu de intrare, un traiect şi un orificiu de ieşire. Mai rar, factorii primari realizează un singur orificiu de intrare (plăgi oarbe).

În împuşcăturile cu ţeava lipită de corp, atunci cînd viteza glonţului este mare, se realizează explozii de organe prin acţiunea hidrodinamică a glonţului. În cazul acesei acţiuni are loc o transmitere a energiei cinetice a proiectilului la energia hidrostatică a organului. Faptul se produce la viteze supersonice (peste 330 m/s) datorită undei puternice de şoc din urma glonţului. Astfel, la distanţe de acţiune pînă la 500 m se produc explozii, între 500—2000 m se produc perforaţii, iar peste 2000 m se produc contuzii cu realizarea unor plăgi oarbe. Efectul hidrodinamic de explozie depinde de viteza şi presiunea glonţului şi se produce îndeosebi atunci cînd împuşcarea are loc în organe conţinute în cavităţi şi/sau în organe pline (creier, cord în diastolă, stomac plin), dar chiar şi atunci cînd împuşcarea are loc în organe parenchimatoase (ficat, splină). Morfologic, în leziunile balistice prin acţiune hidrodinamică, cu greu se poate reconstitui acea cameră de explozie care depăşeşte de circa 20 de ori diametrele glonţului, naşte prin acţiunea undelor de şoc laterale şi în care se poate constata prezenţa factorilor secundari (fig. 122; planşa III, fig. 16, 18).

Orificiul de intrare prezintă o morfologie caracteristică (rană balistică) relevînd în primul rînd o lipsă de substanţă tegumentară (un minus de ţesut) care se explică prin mecanismul său de formare; la intrare, complexul dermo-epidermic este abordat în primul rînd prin epidermul mai rigid, care se distruge pe dermul mai elastic (fig. 123, 124, 125). Deci orificiul de intrare e o plagă prin atriţie, cînd, în tragerile cu ţeava lipită, forţa de expansiune a gazelor poate produce orificii neregulate cu decolarea tegumentelor (cameră de explozie), depunere de pulbere şi eversiunea ţesuturilor către exterior, aspectul morfologic pretînd la confuzia cu orificiul de ieşire. Prin atriţie, fragmente din epiderm sînt antrenate de glonţ pe prima porţiune a canalului, tot aşa cum

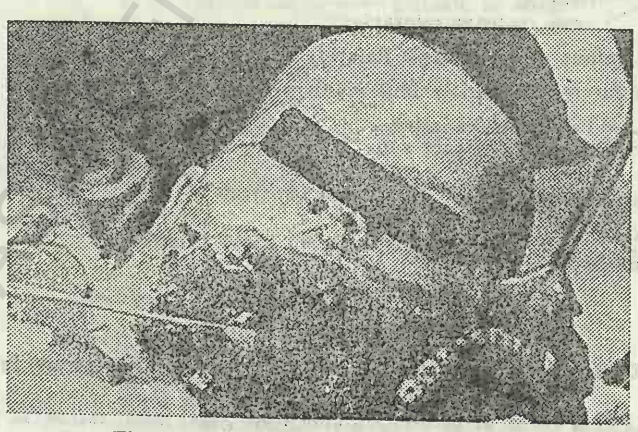


Fig. 122. Efect lezional hidrodinamic.

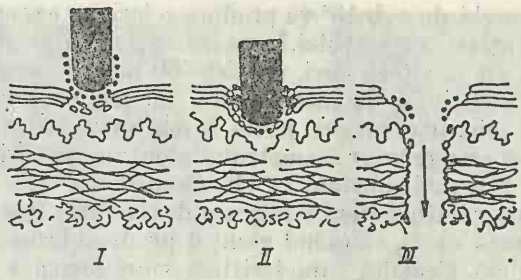


Fig. 123. Formarea orificiului de intrare.

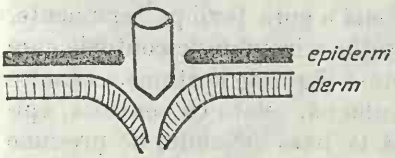


Fig. 124. Formarea orificiului de intrare.

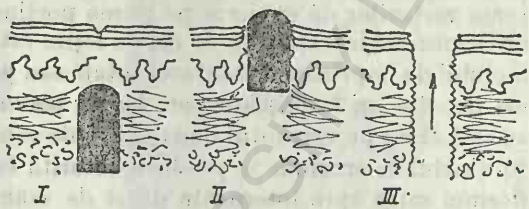


Fig. 125. Formarea orificiului de ieşire.

se întîmplă şi atunci cînd glonţul, la intrare, distruge fibre de îmbrăcăminte pe care le antrenează pe canal. Forma orificiului de intrare depinde de distanţa de împuşcare, direcţie, regiune corporală, armă, cît şi de unghiul de impact şi de glonţ. Astfel, în împuşcările cu ţeava lipită, datorită presiunii gazelor din camera de explozie care strivesc în mod retrograd tegumentele de gura ţevii, orificiul de intrare va avea o formă stelată (fig. 126). În împuşcările de la distanţă, va avea o formă rotundă. În raport cu unghiul de impact, abordarea tegumentelor în unghi drept va produce un orificiu circular iar abordarea în unghi de 45° va produce un orificiu ovalar (fig. 127). Abordarea tegu-

Fig. 126. Orificiu de intrare stelat.

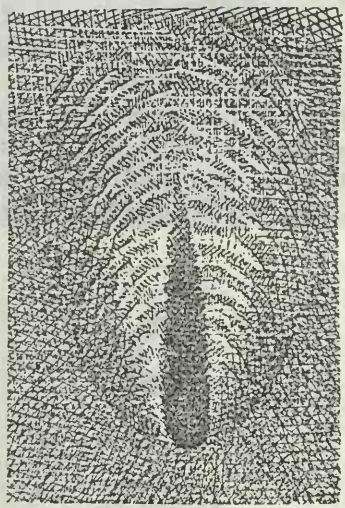


Fig. 127. Orificiu de intrare ovalar.

BCU CLUJ / CENTRALA UNIVERSITARĂ LIBRARY

mentelor într-un unghi de sub 13° va produce o leziune excoriativă, prin simpla acţiune tangenţială a glonţului. În atare înclinaţii el ricoşează chiar şi pe suprafaţa apei, iar la viteze mici, sub 50—80 m/s, de asemenea, nu perforează. Diametrul orificiului de intrare este, în general, egal cu diametrul glonţului sau mai mic, dar, uneori, poate fi mai mare datorită distrucţiei tisulare. De regulă el este inferior diametrului glonţului datorită retracţiei tisulare şi faptul e cu atît mai constant cu cît glonţul este mai ascuţit. Orificiul va fi mai mare dacă glonţul suferă o mişcare de culbutor (rostogolire) (gloanţe lungi ce se basculează uşor), sau cînd glonţul produce leziuni mai distructive (gloanţe supersonice). Cealaltă caracteristică morfologică a orificiului de intrare, şi anume, pierderea de substanţă prin contuzie şi atriţie, se evidenţiază prin imposibilitatea apropierii marginilor orificiului precum şi prin constatarea resturilor de epiderm pe prima porţiune a canalului. Caracteristic apoi orificiului de intrare faţă de cel de ieşire este existenţa unor inele, şi anume a inelului de imprimare (ştanţare) totală sau parţială a gurii ţevii pe tegumente, ori de cîte ori împuşcarea are loc cu ţeava lipită, a inelului de contuzie care se află chiar pe versantul dintre lipsa de substanţă şi prima porţiune a canalului (inelul de eroziune se produce datorită faptului că, odată cu contuzia, epidermul intră spre interior în deget de mănuşă la baza canalului de presiune şi se rupe), a inelului de ştergere a glonţului de diferitele sale particule de metal, rugină sau unsoare şi uneori a unei zone de metalizare, imprimare sau murdărire cu fragmente de fier, antimoniu, cupru etc., zonă care se suprapune, de regulă, pe zona de contuzie şi care poate lipsi ori de cîte ori glonţul trece prin haine, lemne, alte materiale etc. Cercetarea acestor fragmente metalice face obiectul unei expertize prin activare cu neutroni în scopul identificării armei, plecînd de la conţinutul în metale din aliajul glonţului (fig. 128, 129, 130, 131, 132, 133). Pistoletele de alarmă produc un orificiu de intrare asemănător, datorită proiectilului de gaze, la fel pistoletele cu aer comprimat, şi nu rareori orificiul de intrare poate fi modificat şi ca atare deformat mai ales chirurgical (fenomenul Kenedy).

Uneori, orificiile de intrare sînt ascunse, aşa cum se întîmplă în împuşcarea în cavităţi (nas, gură, ureche) sau în locuri ascunse (axilă, unghiul intern al ochiului, sub mamelă etc.). Faptul obligă la o cercetare minuţioasă a cadavrului în scopul depistării sale.

Pe oase, în funcţie de felul osului, orificiul de intrare păstrează fidel dimensiunile glonţului, dînd indicaţii asupra direcţiei de împuşcare, deoarece, la ieşirea din os, glonţul detaşează întotdeauna eschile osoase. Astfel, pe oasele lungi, el va produce fracturi în formă de fluture, cu intrarea de partea opusă

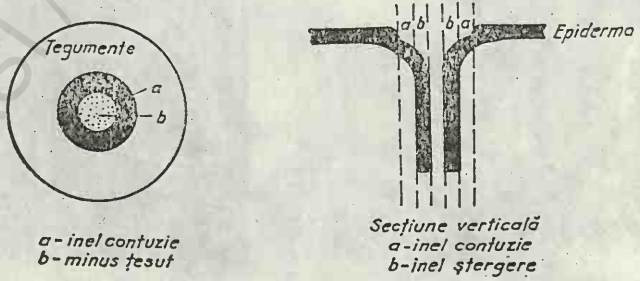


Fig. 128. Secţiune verticală în orificiul de intrare

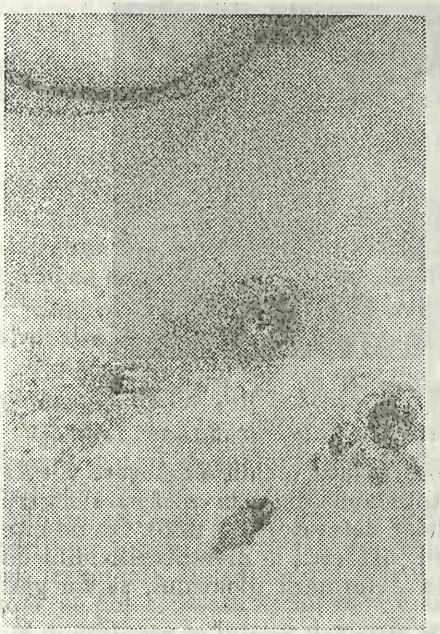


Fig. 129. Orificii de intrare la armă automată.

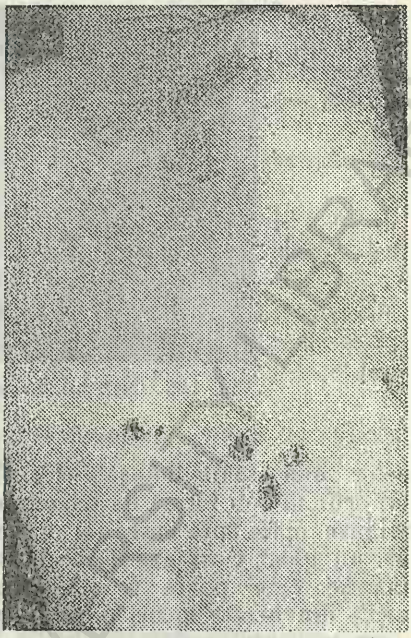


Fig. 130. Orificii de ieşire la armă automată.

Fig. 131. Împuşcare cu aer comprimat (Tedeschi).

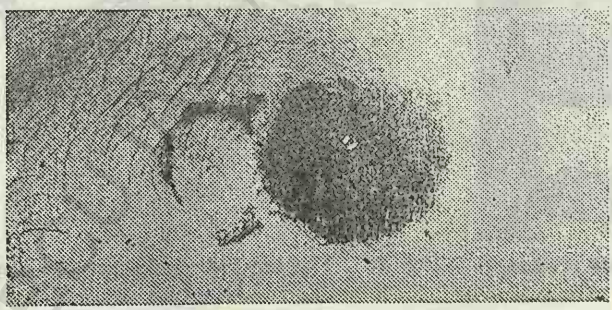


Fig. 132. Orificiu de intrare cu inel de imprimare (Fatteh).

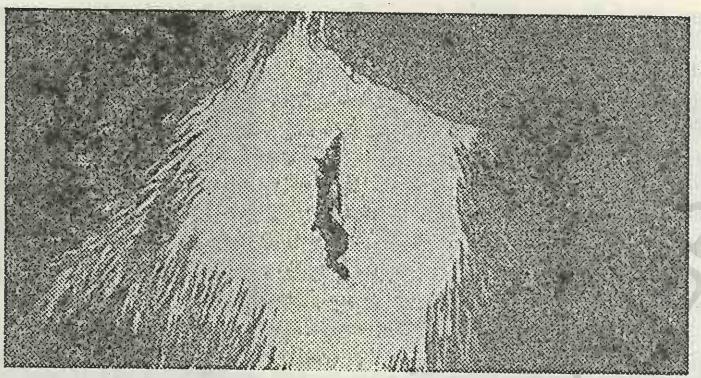


Fig. 133. Orificiul de ieşire a împuşcării din fig. precedentă (Fatteh).

celor două eschile detaşate (fig. 134). Pe oasele late, eschilele detaşate vor da un orificiu sub formă de trunchi de con, totdeauna cu baza mică spre intrare şi baza mare spre ieşire (la nivelul eschilelor detaşate) (fig. 135). Ori de cîte ori un glonţ ricoşează dintr-un perete, zid, uşă etc., la nivelul orificiului de intrare care poate fi neregulat datorită deformării glonţului, se vor găsi urme din aceste locuri de ricoşare.

Orificiul de ieşire se prezintă, de această dată, sub forma unei soluţii de continuitate rezultată din despicarea ţesuturilor şi care, spre deosebire de orificiul de intrare, nu va prezenta un minus tisular şi nici inelele descrise. Cel mai adesea orificiul de ieşire este deformat datorită fragmentelor de os detaşate (gloanţe secundare), realizînd răni contuze sau răni ce simulează plăgile tăiate. Excepţional orificiul de ieşire poate avea un inel de contuzie, ca atunci cînd la ieşire glonţul contuzionează epidermul pe un portmoneu, centură, ceas, zid etc. Abordarea complexului dermo-epidermic în sens invers decît la intrare explică despicarea tegumentelor la ieşire (prin intermediul dermului elastic, epidermul se lasă despicat). Faţă de orificiul de intrare (cu aspect de „inverted wound"), orificiul de ieşire exprimă o răsfrîngere la exterior a ţesuturilor tegumentare („everted wound"). Ori de cîte ori glonţul este basculat în organism, a ricoşat sau s-a deformat prin întîlnirea unor oase, orificiul de ieşire va avea deci un aspect morfologic neregulat. Mai mult, cum s-a menţionat, proiectilele secundare din os pot contribui la acest fapt. De aceea, în practică, dacă orificiul de intrare este, de regulă, mai mic şi rotund, orificiul de ieşire este, de regulă, mai mare şi zdrenţuit, chiar dacă afirmaţia

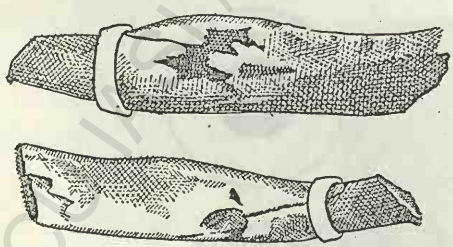


Fig. 134. Fracturi prin împuşcare pe oase lungi

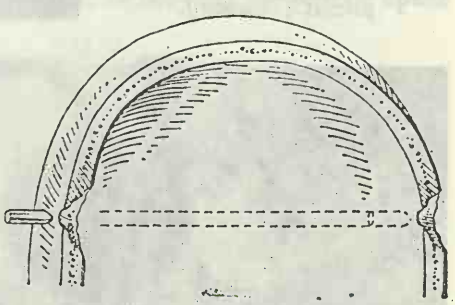


Fig. 135. Fracturi prin împuşcare pe oase late.

devine din ce în ce mai puțin valabilă pentru muniția modernă. Ricoșarea se poate produce ori de cîte ori glonțul este de cel puțin 5 ori mai lung decît grosimea sa, sau cînd la viteze subsonice întîlnește rezistențe cum ar fi cordul în sistolă, oasele etc. Mai rar, elasticitatea pielii la ieșire poate reține proiectilele sub tegumente.

Corelarea aspectelor celor două orificii, de intrare și ieșire, permite următoarele constatări:

Cînd orificiul de intrare este egal cu cel de ieșire, va fi vorba de forțe cinetice mari ce fac ca glonțul să străbată țesuturile cu mișcări helicoidale (fiind vorba de gloanțe ce nu s-au deformat și nu au întîlnit oase în calea lor).

Cînd orificiul de intrare este mai mare ca cel de ieșire, glonțul a antrenat corpi străini la intrare sau a acționat oblic la intrare și perpendicular la ieșire.

Cînd orificiul de intrare este mai mic ca cel de ieșire este vorba de deformarea gloanțelor sau antrenarea de eschile.

Canalul care unește cele două orificii poate fi direct sau deviat, în raport de unii factori ce dau aptitudinea de a devia un glonț (rezistență osoasă, curent sangvin etc.). Canalul se poate reconstitui cu ușurință în organele parenchimatoase dense și mai greu în organele laxe de tipul pulmonului. Pe prima porțiune a canalului se pot constata fragmente de stofă din îmbrăcăminte sau fragmente din epidermul contuzionat, după cum, pe porțiunea sa terminală, se pot constata aşchii osoase antrenate de glonț spre ieșire. Prin proiectile migratoare se înțeleg devierile traiectelor gloanțelor sub presiunea sangvină sau a gravității (fig. 136, 137). Această migrare se poate produce din cord în aortă și apoi glonțul este antrenat pe iliaca dreaptă (mai verticală decît cea stîngă), pînă în arterele membrelor, unde realizează adevărate embolii prin glonț. Migrări curioase s-au descris în împușcările în cap cu antrenarea glonțului în vene și apoi în cord, sub tegumentele epicraniene ori în canalul rahidian, cînd a putut fi urmărit radiografic pînă a ajuns în fundul de sac rahidian. Alteori, glonțul perforează un singur perete al cordului dar nu și peretele posterior, datorită rezistenței coloanei vertebrale. Mai rar, glonțul poate fi înghițit așa ca în împușcările gîtului și apoi antrenat prin intermediul peristaltismului intestinal. În cazuri discutabile, glonțul „magic" se pretinde că a pătruns prin ceafă, la o victimă și apoi prin spate, coasta a cincea, torace, mîna stîngă (pe care o fracturează) și apoi coapsa stîngă la victima de alături (cazul Kenedy) realizînd astfel 7 orificii. În plăgile oarbe ca și la înecați,

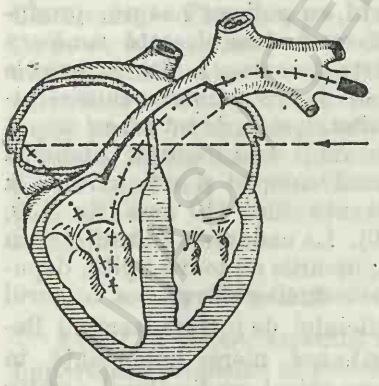


Fig. 136. Migrarea gloanțelor în corp.

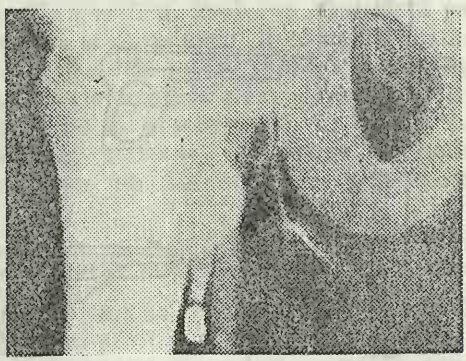


Fig. 137. Embolie prin gloanțe (Fatteh).

carbonizați sau putrefiați la care se suspicionează împușcarea, se va face întîi un examen radiografic, în scopul depistării glonțului. În plăgile oarbe, glonțul este reținut în organe, la limita dintre organe unde suferă variații de viteză, în vase etc.

Acțiunea factorilor secundari

Acțiunea factorilor secundari implică cercetarea efectelor pulberii nearse, a pulberii arse (funinginii), gazelor și flăcării. Pulberea nearsă produce în jurul orificiului de intrare o zonă de tatuaj încrustat, deoarece poate pătrunde în tegumente. Particulele de pulbere nearsă formează un adevărat proiectil secundar, particulele putînd pătrunde în tegumente pe o profunzime mai mare sau mai mică și dispersîndu-se pe o suprafață variabilă, în raport de distanța de tragere (fig. 138). În împușcarea cu țeava lipită de corp, factorii scundari pătrund în totalitate sub tegumente (în camera de explozie) precum și pe prima porțiune a canalului. În împușcarea din apropiere, factorii secundari vor pătrunde mai profund și mai conglomerat în tegumente, pentru ca în împușcarea de la o distanță egală cu lungimea țevii să pătrundă mai superficial și să se disperseze pe o suprafață tegumentară mai mare. În împușcările efectuate de la o distanță mai mare decît lungimea țevii armei utilizate, pulberea nearsă se pierde în atmosferă și nu realizează zona de tatuaj propriu-zisă. Cu alte cuvinte, ca regulă generală, pulberea nearsă rămîne pe tegumente de la o distanță egală cu lungimea țevii armei utilizate. Faptul se poate aprecia, în plus, printr-un experiment balistic, cînd, prin trageri experimentale cu arma incriminată se apreciază cu certitudine distanța de depunere a factorilor secundari și implicit distanța de tragere.

Fumul (funinginea arsă) produce, de asemenea, în jurul orificiului de intrare o zonă de tatuaj estompat, care dispare la spălare. Fumul rezultat din deflagrația pulberii face deci o jerbă în prelungirea canalului, realizînd această zonă de afumare. La armele cu țeavă lungă, combustia e terminată la ieșirea glonțului din țeavă față de revolvere, unde pulberea se arde în aer și poate realiza arsuri. La armele vechi, cu pulbere neagră, producătoare de fum, această zonă era foarte accentuată, dar la armele moderne, cu pulbere cenușie (piroxilată), zona de tatuaj estompat este mult mai redusă, pulberea arzînd complet și acționînd de la distanță mică (10 cm) (fig. 139, 140). La cadavrele putrefiate, în împușcările cu țeava lipită, depunerea funinginii pe os în jurul orificiului de intrare (semnul Benasi) are mare importanță în diagnosticul medico-legal pozitiv de împușcare, atestînd direcția

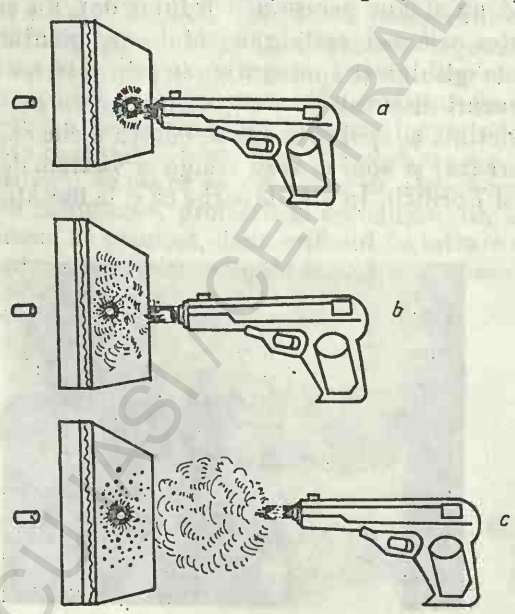


Fig. 138. Modul de acțiune a factorilor secundari.

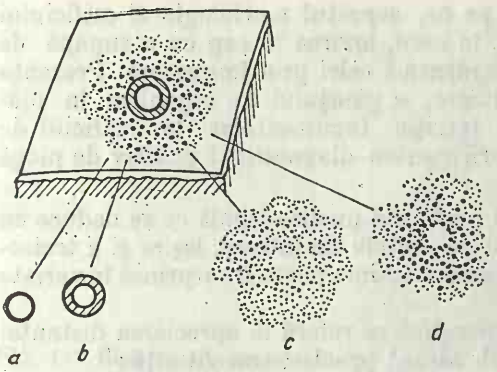


Fig. 139. Urma factorilor secundari.

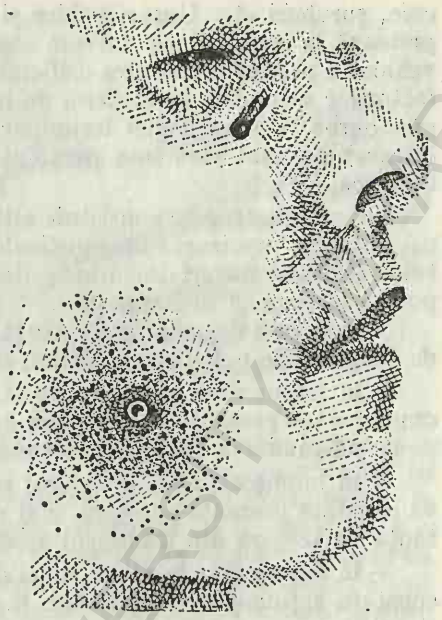


Fig. 140. Urma factorilor secundari.

și distanța de împușcare. Testul Harison — Gilroy cercetează antimoniul din resturile de pulbere sau metal și reprezintă astfel un fel de autograf al glonțului.

Gazele exercită asupra țesuturilor o acțiune distructivă (exemplu în împușcările cu țeava lipită) și produc local o transformare a hemoglobinei în carboxihemoglobină. Acțiunea gazelor depinde de presiunea inițială, deoarece, la distanțe de împușcare mai mari, împreună cu fumul și flacăra, se pierd undeva în atmosferă și numai pulberea nearsă, prin greutatea sa, depășește sfera (distanța) lor de acțiune.

Flacăra se întîlnea cu precădere la armele vechi, cu pulbere neagră, cînd la ieșire, prin realizarea de temperaturi mari, era posibilă aprinderea hainelor, caselor etc.

Cercetarea factorilor secundari se poate face și prin mijloace de laborator așa cum ar fi microscopia simplă sau în baleiaj pentru pulberea nearsă, reacția Castelanos — Plasencia cu brucină sau difenilamină, în prezența cărora resturile de nitrați din pulbere dau o colorație specifică. Proba se efectuează pe mîna bănuitului care a utilizat arma precum și la cadavru. Proba pretează la erori, mai ales atunci cînd pe mînă se află urme de tutun, de farduri etc., de aceea proba trebuie executată obligatoriu cu martori. Pulberea nearsă și încrustată în tegumente permite o identificare microscopică și, în raport de forma ei, chiar o identificare a muniției utilizate. Decelarea pulberii prin metode de activare cu neutroni este de maximă specificitate și sensibilitate.

Problemele medico-legale ale morții prin împușcare

Avînd în vedere aspectul morfologic al plăgii balistice, una din cele mai importante probleme se referă la diagnosticul pozitiv de împușcare. Orificiul de intrare sau ieșire, mai ales în absența factorilor secundari, se poate confunda ușor cu plăgile înțepate sau perforate produse prin intermediul unor

cuie, şuruburi etc. Uneori, chiar şi pe os, aspectul morfologic al orificiului pretează la confuzii, ca într-un caz, în care, lovirea în cap cu o supapă de vehicul a produs o fractură orificială identică celei prin împuşcare. Prezenţa factorilor secundari la orificiul de intrare, a glonţului în organism în plăgile oarbe, a morfologiei leziunilor (atriţia tegumentelor la orificiul de intrare) etc. sînt elemente peremptorii pentru diagnosticul pozitiv de plagă împuşcată.

Direcţia de tragere constituie altă problemă medico-legală ce se deduce cu uşurinţă din precizarea diagnosticului de orificiu de intrare, ieşire şi a traiectului. Există şi riscuri de confuzie, deoarece victima poate fi surprinsă în variate poziţii în momentul împuşcării.

O problemă de mare importanţă practică se referă la aprecierea distanţei de tragere. Se pot distinge astfel, sub aspect practic, trei situaţii:

— în împuşcarea cu ţeava lipită, se vor constata efectele acţiunii hidrodinamice sau prezenţa unui orificiu de intrare mare, stelat, cu inel de imprimare şi cu pătrunderea factorilor secundari sub tegumente;

— în împuşcarea din interiorul zonei de acţiune a factorilor secundari se va constata prezenţa acestora, mai evident sau mai estompat, funcţie de distanţa de tragere din interiorul acestei zone;

— în împuşcarea în afara zonei de acţiune a factorilor secundari nu se va constata acţiunea acestor factori în jurul orificiului de intrare.

Precizarea acestor situaţii în expertiză are deosebită importanţă medico-legală, deoarece împuşcările de la distanţă se fac, de regulă, în cadrul actelor criminale sau accidentale, pe cînd împuşcările din apropiere lasă loc interpretării ca fiind posibil şi un act de suicid.

Precizarea numărului de împuşcări are, de asemenea, importanţă fie pentru stabilirea participaţiei, fie pentru identificarea armei. În sinuciderile cu arme automate există posibilitatea declanşării automate sau prin spasmul degetului pe trăgaci, mai ales în împuşcările capului, a mai multor gloanţe în organism. Se citează astfel descărcarea, în acte de suicid, de pînă la 4—5 gloanţe. Mai dificilă de admis este, în atare împrejurări, pătrunderea mai multor gloanţe pe acelaşi orificiu.

Precizarea faptului dacă împuşcarea a avut loc în timpul vieţii sau după moarte ajută la diferenţierea infracţiunii de omucidere de faptele putative. Diagnosticul vital dintre leziunile vitale şi cele postvitale depinde însă de gradul de descompunere al ţesuturilor.

În ceea ce priveşte cauza morţii prin împuşcare, de regulă intervine suprimarea funcţiei unor organe vitale, dar alteori se moare şi prin complicaţii secundare. La cadavrele găsite după mai mult timp, constatarea aspectului morfologic al leziunilor osoase permite afirmarea morţii prin împuşcare. Mai mult, într-un caz, constatarea orificiului de intrare ca fiind în regiunea temporală stîngă la un dreptaci, a dus la afirmarea, cu mare probabilitate, a unui act criminal, fapt ce s-a confirmat ulterior.

Expertiza medico-legală trebuie, în sfîrşit, să ofere anchetei elemente pentru aprecierea originii judiciare a morţii. Astfel, suicidul realizează, de regulă, împuşcări din interiorul zonei de acţiune a factorilor secundari, uneori cu prezenţa armei în mînă datorită spasmului cadaveric (se cere atenţie pentru a descoperi disimulările prin punerea arme în mînă), cu prezenţa funinginii şi a „ciupiturii interdigitale" pe mîna cu care s-a acţionat şi explicată prin

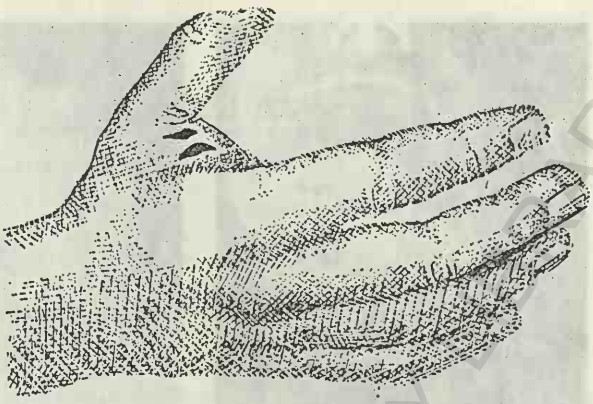


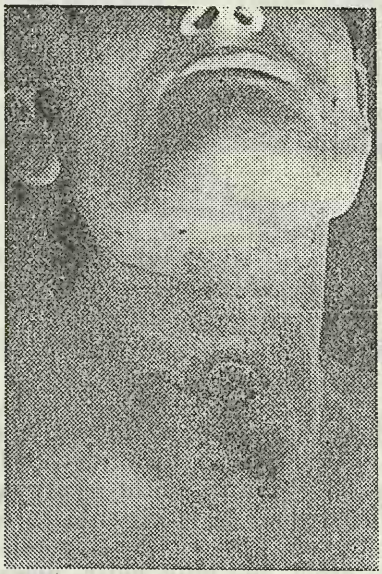
Fig. 141. Ciupitura interdigitală (Kernbach).

reculul sistemului de încărcare al armei (fig. 141), cu împuşcarea în zone accesibile, în prezenţa unor acte preparatorii şi cu evidenţierea unor motivaţii de suicid (psihism presuicidar). Uneori, victimele actului de suicid recurg la disimularea gestului, manevrînd, de exemplu, trăgaciul de la distanţă cu o sfoară, cu un băţ, cu degetul de la picior, împuşcînd în regiunea temporală stîngă cu mîna dreaptă etc. sau chiar ascunzînd arma. Mai mult chiar, unele victime încearcă să facă din actul de suicid un act criminal, ca în cazul celebru al unei actriţe de circ, cînd numai expertiza ştiinţifică a elucidat condiţiile morţii. Împuşcările criminale, dimpotrivă, au loc din interiorul sau din afara zonei de acţiune a factorilor secundari, în orice regiune a corpului şi fără a se decela vreo motivaţie de suicid. Morţile accidentale prin împuşcare pun probleme specifice în raport de fiecare caz în parte, probleme care se rezolvă cu certitudine, alături de cercetarea cadavrului şi printr-un examen la faţa locului. Cu armele de foc se poate recurge şi la automutilări care, de regulă, se fac în regiuni accesibile ale corpului şi din interiorul zonei de acţiune a factorilor secundari, dacă subiectul nu interpune între armă şi tegumente diferite obiecte pe care să rămînă factorii secundari (pentru a evita astfel depunerea lor pe piele).

În împuşcare se citează multiple supravieţuiri cu reţenţia gloanţelor în ventriculul lateral, împuşcarea în bărbie şi ieşirea interemisferică a glonţului prin vertex etc.

Împuşcarea prin arme de vînătoare

Armele de vînătoare realizează agresiuni corporale sau morţi violente fie în cadrul accidentelor, fie al actelor de suicid sau crimelor. Caracteristic armelor de vînătoare este modul de acţiune al alicelor care se va reflecta în morfologia plăgilor. Astfel, în împuşcările de la distanţa sub 50 cm, alicele acţionează în bloc şi vor produce, la orificiul de intrare, o lipsă de substanţă tisulară mai mare, cu margini neregulate şi uneori cu reţinerea alicelor în ţesuturi sau sub tegumentele opuse, graţie elasticităţii pielii (fig. 142, 143). Echimozele şi pergamentările tegumentare la ieşire au valoarea unor „leziuni de sentinelă" pentru orificiul de intrare, constituind un semn preţios în diagnosticul pozitiv de împuşcare prin alice. În împuşcările de la distanţe pînă la 2 m, alicele marginale încep să se disperseze, încît pe tegumente se va constata un orificiu central mai mare, datorită alicelor centrale care acţionează încă în bloc, fără a se dispersa, înconjurat de mai multe leziuni orificiale mai



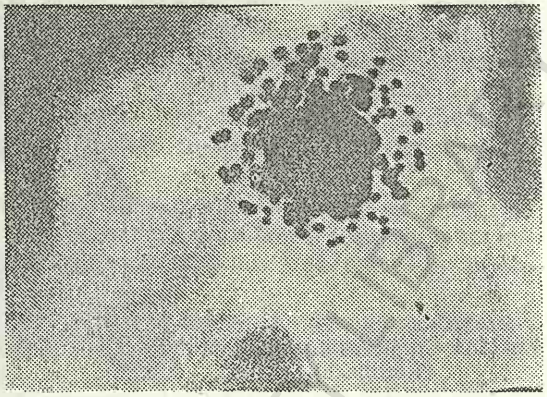


Fig. 142. Împuşcare cu armă de vînătoare.

Fig. 134. Împuşcare cu armă de vînătoare (Tedeschi).

mici, datorită alicelor periferice care au început să se disperseze. În împuşcările de la distanţă de peste 2 m, alicele se dispersează în totalitate şi vor produce pe tegumente o zonă cu leziuni orificiale care va fi cu atît mai mare cu cît distanţa de împuşcare va creşte (fig. 144, 145, 146). Gradul de disper-

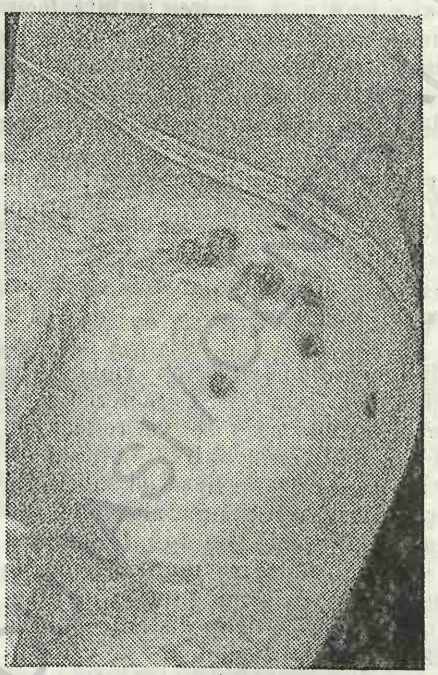


Fig. 144. Împuşcare cu armă de vînătoare.

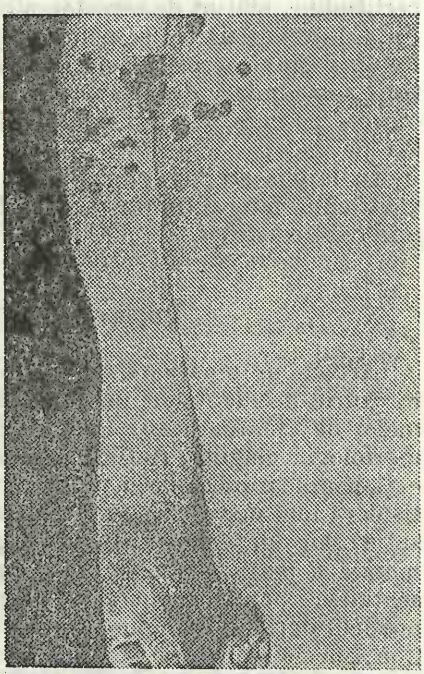


Fig. 145. Împuşcare cu armă de vînătoare.

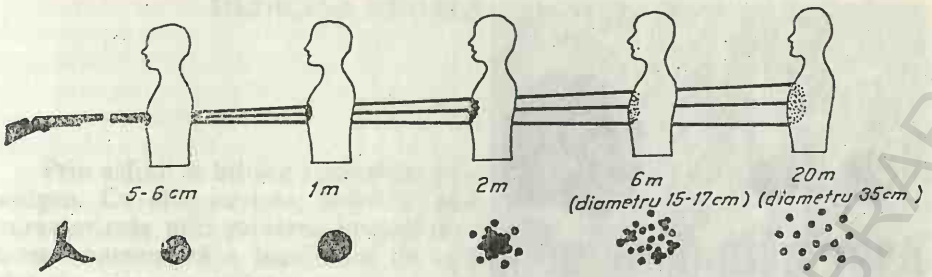


Fig. 146. Gradul de dispersie a alicelor (Knight).

sare a alicelor pe tegumente (distanța între orificii pe suprafața de dispersie corporală) este un element important în stabilirea distanței de împușcare. Astfel, la o împușcare de la 50 m, alicele se dispersează pe o suprafață de $1m^2$, dispersare care este maximă la 300 m, distanță care constituie și limita de bătaie a acestor arme. Într-un caz în care autorul susținea că împușcarea a avut loc ca o reacție de legitimă apărare la o agresiune, deci din apropiere, gradul de dispersare al alicelor pe cadavru a permis stabilirea distanței de împușcare ca fiind de 60 m și a înlăturat astfel versiunea legitimei apărări. Prin trageri experimentale, distanța se poate confirma, în plus, din gradul de dispersare a alicelor. Plăgile orificiale prin alice se pot confunda doar cu plăgile înțepate sau cu plăgile realizate de trăsnet, dar aspectul morfologic al leziunilor aliciforme, constatarea alicelor în corp, prezența factorilor secundari etc., ajută la precizarea diagnosticului. În împușcările cu arme de vînătoare, antrenarea burei de cîlți sau de hîrtie scrisă, concomitent cu alicele, a permis identificarea armei sau a generat complicații de tipul tetanosului, ca situații de excepție (fig. 147, 148, 149).

Problemele medico-legale ale împușcării prin arme de vînătoare sînt aceleași ca și la armele cu glonț unic, putînd prezenta același grad de dificultate. Cazul cercetat de S. Smith în care s-a stabilit vîrsta, împușcarea printr-o armă de vînătoare, din apropiere, a unei femei tinere, cu trei luni în urmă și

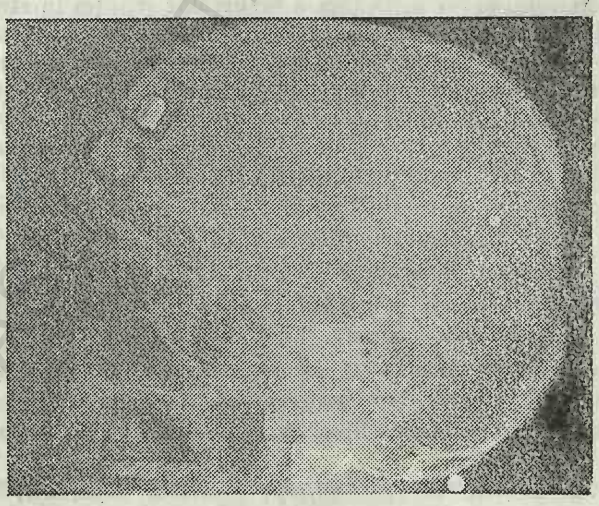


Fig. 147. Alice în țesuturi.

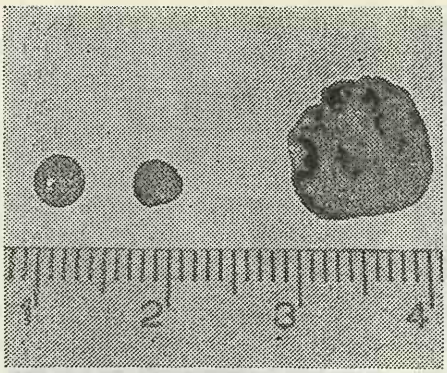


Fig. 148. Alicele din fig. precedentă extrase necropsic.

Fig. 149. Explozii de focoase.

care avea o paralizie a membrului inferior etc. plecînd de la un singur os coxal, constituie un exemplu și o confirmare a resurselor științei în stabilirea adevărului necesar justiției. Pentru aceasta însă, investigarea medico-legală a împușcării trebuie făcută cu competență și acurateţe căci, altfel, „o autopsie poate să fie mai rea decît lipsa autopsiei" (Wecht).

BIBLIOGRAFIE

1. Desmarez J. J., *Manual de Médecine légale*, Bruxelles, 1968.
2. Gonzales P., *Legal Medecine*, New York, 1960.
3. Knight B., *Legal aspects of medical practice*, Livingstone, 1972.
4. Măcelaru V., *Balistică judiciară*, Editura M.A.I., 1972.
5. Polson Cyril, *The essentials of forensic medicine*, Oxford, 1970.
6. Piédelievre M., *Lesions par arms du feu*, Paris, 1928.
7. Terbancea M., *Studii medico-legale ale împușcării cu arme de vînătoare*, Teză de doctorat, Bucureşti, 1970.
8. Ţurai C., *Metode științifice de identificare a urmelor împușcării*, Bucureşti, 1959.
9. Wecht C., *Legal Medicine annual*, Pittsburg, 1977.

Prin asfixii se înţeleg acele stări patologice create în urma privării acute de oxigen. Cu alte cuvinte, asfixiile sînt tulburări ale metabolismului gazos caracterizate prin privarea brutală de oxigen, ca fenomen principal, şi creşterea consecutivă a bioxidului de carbon, ca fenomen secundar. Asfixiile sînt sinonime anoxiilor acute sau peracute şi, sub aspect etimologic, deşi termenul de asfixie nu exprimă tulburarea fiziopatologică caracteristică, el se păstrează prin tradiţie, aşa cum a fost dat încă de P. Bert. Asfixie înseamnă, de fapt, lipsă de puls *(a sfigmos)*, deoarece, în aceste circumstanţe, cei vechi constatau ca simptom principal de anoxie tocmai lipsa pulsului. Asfixiile au constituit şi constituie încă piatra de încercare a practicii medico-legale (Devergie), de unde necesitatea cunoaşterii lor temeinice.

Clasificare

Asfixiile pot fi clasificate în două mari categorii:

— asfixii supraacute care se produc ori de cîte ori privarea brutală de oxigen nu permite o supravieţuire mai mare de 3—5 minute fără riscul leziunilor ireversibile ale scoarţei cerebrale;

— asfixii subacute care se realizează într-un timp mai îndelungat de 5 minute. Dacă în primele domină simptomatologia privării de oxigen, cele subacute sînt dominate de rolul bioxidului de carbon în simptomatologie, motiv pentru care transpiraţiile, hipertensiunea arterială, cianoza şi peteşiile vor fi frapante.

O altă clasificare fiziopatologică stabilită de Barcroft include următoarele tipuri de asfixii:

— asfixii anoxice ce reprezintă anoxiile prin lipsa de oxigen în mediul exterior sau la nivelul pulmonului, aşa cum se întîmplă în scăderile de presiune parţială a oxigenului în aerul inspirat (altitudine, scafandri, aer confinat etc.) sau în aerul alveolar (pneumonii, blocuri alveolo-capilare, pneumotorax, edem pulmonar etc.);

— asfixii anemice ce includ totalitatea situaţiilor în care circulaţia sîngelui de la plămîn spre celule este perturbată (hemoragii acute, anemii cronice etc.);

— asfixii de stază care sînt prin excelenţă tulburări ale metabolismului gazos determinate de circulaţia deficitară a sîngelui. Ele se întîlnesc, prin excelenţă, în stările patologice cum ar fi insuficienţa cardiacă;

— asfixiile histotoxice includ tulburările metabolismului gazos la nivel tisular, aşa cum se întîmplă în blocarea fermenţilor respiratori celulari de către diferite toxice. Dar, atît anoxia anemică din intoxicaţiile cu oxid de carbon (prin blocarea hemoglobinei de către toxic) cît şi anoxia histotoxică din intoxicaţia cu cianuri (prin blocarea fermenţilor respiratori Warburg şi a citocromoxidazelor la nivel celular), făcînd imposibil transportul oxigenului spre celule (intoxicaţii cu CO) sau utilizarea oxigenului la nivel celular (intoxicaţii cu cianuri), sînt în realitate tot anoxii, dar care se studiază la intoxicaţii.

O altă clasificare, mai pragmatică, include anoxiile de aport realizate de majoritatea asfixiilor medico-legale de tip mecanic sau tip patologic (rupturi

de anevrisme aortice, de chisturi hidatice sau abcese pulmonare cu inundarea căilor respiratorii) și în care organismul este privat de oxigen ca o consecință a lipsei sale în mediul extern sau la nivelul plămînului. Anoxiile de transport includ stări patologice în care lipsește suportul transportor al oxigenului către celule (anemii, intoxicații cu CO etc.). În sfîrșit, anoxiile de utilizare se referă la imposibilitatea utilizării oxigenului la nivel celular — tisular (intoxicația cu acid cianhidric).

După Luft anoxiile sînt aeriene, arteriale, capilare sau histotoxice.

După Ceccaldi asfixiile pot fi traumatice (ca în „crush asfixia" prin compresiune), toxice (CO, HCN) sau patologice (inundarea căilor respiratorii cu puroi, sînge etc.).

Altă clasificare include anoxiile asociate cu hipocapnie (asfixiile atmosferice), asociate cu hipercapnie (asfixiile mecanice) sau cu normocapie (asfixiile chimice). În prima situație, hiperventilația pulmonară elimină acidul carbonic și moartea devine „lentă și dulce" față de cea de a doua situație unde, prin fenomene inverse, moartea devine agitată, cu sete de aer.

În sfîrșit, într-o altă clasificare fiziopatologică, asfixiile se produc prin sărăcirea aerului inspirat în O_2 (înlocuirea aerului cu gaze inerte, înec etc.), prin insuficiență ventilatorie pulmonară spontană (compresiunea căilor respiratorii de către tumori, obstrucții prin edem glotic, spasme sau paralizii ale musculaturii respiratorii, staza pulmonară din insuficiența cardiacă, pneumotorax sau sufocări, compresiuni toraco-abdominale etc.) și prin alterarea pigmenților sangvini (scăderea Hb în anemii, hemolize, intoxicații cu CO etc.).

Clasificarea medico-legală include asfixiile patologice (din cadrul insuficienței cardiace, bolilor de sînge, accidentelor patologice de blocare a căilor respiratorii etc.) și asfixii violente sau mecanice, care la rîndul lor includ două categorii:

— asfixii prin comprimarea formațiunilor vasculo-nervoase și respiratorii mai frecvent la nivelul gîtului, în cadrul diferitelor violențe și

— asfixii prin ocluzia orificiilor respiratorii începînd cu orificiile buconazale (sufocare) și terminînd cu alveolele pulmonare (înecare).

Evoluția clinică a asfixiilor

Simptomatologia privării acute de oxigen depinde, în principal, de viteza instalării lipsei de oxigen precum și de rezervele de oxigen ale țesuturilor. Cum cel mai sensibil la lipsa de oxigen este creierul, primele simptome de suferință anoxică vor fi din partea scoarței cerebrale. Creierul consumă 20% din O_2 organismului și 60% din producția de glicogen a ficatului. Hipoxia, hipercapnia și excesul de acid lactic fac să crească presiunea intracapilară cu apariția edemului și vasodilatației în jur, fenomene ce au loc în dauna zonelor lezate (sindrom de furt cerebral). Simptomele de anoxie cerebrală au fost puse în evidență de N. Minovici în autoexperimentele sale devenite clasice și trecute în toate tratatele, încă un exemplu de sacrificiu uman în scopul elucidării unor fapte științifice ce se cer puse în slujba adevărului, binelui și societății. Astfel, N. Minovici a arătat că la început apar tulburări de vedere, zgomote în urechi, greutate în picioare etc. după care se produc semnele obnubilării cunoștinței. Aceste semne de suferință corticală se întîlnesc în orice fel de anoxie. Tissander, în zborul său cu balonul la 8650 m, în anul 1975 arăta: „către 7500 m, starea de amorțeală devine excesivă. Corpul și spiritul slăbesc puțin cîte puțin, treptat, insensibil, fără a-ți da seama. Nu suferi în nici un fel. Dimpotrivă, simți o bucurie interioară ca un efect al strălucirii de lumină ce te inundă. Devii

indiferent, nu te mai gîndeşti nici la situaţii ameninţătoare, nici la pericol. Urci şi eşti bucuros să urci". Descrierea, cu valoare de autoexperiment, a acestei euforii anoxice s-a soldat de fapt cu moartea autorului prin anoxie. În general, convulsiile asfixice preced coma asfixică, după cum respiraţiile de tip gasps (icnite) preced agonia. La început se produce o hiperactivitate din partea organelor vitale cu respiraţii profunde, tahicardie, hipertensiune etc., datorită excitării sinusului carotidian prin lipsa de oxigen. Ulterior se produce deprimarea acestor funcţii vitale pînă la oprirea lor. Este caracteristică oprirea circulaţiei în urma respiraţiei, fapt ce face ca, după apneea finală, cordul să mai poată bate 20—30 minute, datorită rezistenţei sale crescute la condiţiile de anaerobioză, deşi, chiar de la început, lipsa de oxigen poate produce o creştere a excitabilităţii ţesutului de conducere cu tahicardie precoce, insuficienţă cardiacă stîngă şi edem pulmonar. Mai rar, reflexele de tip cardioinhibitor vor duce la oprirea primitivă a inimii, înaintea respiraţiei. În asfixiile cu evoluţie obişnuită de 3—5 minute se produce o hipertensiune pulmonară ce realizează cordul pulmonar acut asfixic (dilatarea acută a cordului drept) (tabelul 21) prin aceea că ventriculul drept devine plin cu sînge iar cel stîng bate în gol.

Tabelul 21

Modificări morfoclinice în anoxie (J. Desmarez)

Nivel fiziologic	Cauze de anoxie	Exemple
Aer ambiant	Diminuarea presiunii parţiale în oxigen	Altitudine, atmosferă confinată, gaz inert
Căi respiratorii	Oprirea curentului aerian	Sufocare, spînzurare, strangulare
Pulmon	Pierderea funcţiei alveolei	Submersie, edem pulmonar acut
	Oprirea circulaţiei pulmonare	Tromboză pulmonară, embolie grasă, embolie gazoasă
Mişcările respiratorii	Inhibiţie centrală	Reflexe diverse, electrocuţii, intoxicaţii (morfină, barbiturice)
	Contracţia muşchilor respiratori	Tetanos, stricnină, electrocuţie
	Paralizia muşchilor respiratori	Curara, poliomielită
	Pierderea vidului pleural	Hemotorax bilateral, pneumotorax
	Blocarea mişcărilor toracice	Comprimare
Globule roşii	Diminuarea numărului	Anemie, hemoragii, hemolize
Hemoglobină	Blocaj	Intoxicaţii CO, H_2S
	Distrugere	Intoxicaţii cu toxice metHb
Marea circulaţie	Încetinire	Insuficienţă cardiacă, şoc
Metabolismul celular	Neutilizarea O_2	Intoxicaţii HCN

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Simptomele asfixiilor acute evoluează în 4 faze, şi anume:

— Faza de latenţă sau preasfixică durează circa 1 minut şi se caracterizează prin simptome predominant nervoase, motiv pentru care s-a numit şi fază anestezică. Ea durează pînă la începutul pierderii cunoştinţei prin obnubilare, iar sub aspect respirator se caracterizează printr-o dispnee inspiratorie marcată. Pierderea cunoştinţei se datoreşte întreruperii circulaţiei cerebrale.

— Faza compensată sau convulsivantă, denumită astfel datorită apariţiei convulsiilor pe fondul de obnubilare al cunoştinţei, se asociază cu dispnee expiratorie, areflexie, ejaculare asfixică etc. şi cu excitarea funcţiilor vitale. Apariţia convulsiilor se datoreşte adăugării opririi respiraţiei.

— Faza decompensată sau asfixică se caracterizează prin deprimarea marcată a funcţiilor vitale urmată de apnee primară (echivalentă morţii aparente) sau secundară (echivalentă morţii clinice) opririi cordului.

— Faza finală include supravieţuirea cordului după oprirea respiraţiei. Constatările aparţin încă lui Aschoff şi sînt de observaţie curentă (într-un caz de înec la un tînăr, cordul s-a perceput la o oră de la debutul înecului).

După alţi autori, aceste faze s-ar putea sistematiza într-o fază cerebrală (cu tulburări senzoriale, motorii şi de conştiinţă), o fază medulară (cu convulsii, erecţie, emisiune de urină), o fază de apnee, o fază a opririi clinice a circulaţiei şi cordului (moarte aparentă) şi o fază de oprire electrică a cordului.

Se mai vorbeşte de o fază de excitaţie (de ripostă simpatoadrenergică cu scopul de a ameliora aportul de O_2, poliglobulie, splenocontracţie, exces de catecolamine) urmată de faza de deprimare a funcţiilor vegetative.

Ca evoluţie simptomatică, obişnuit, după 20″ se întrerupe circulaţia cerebrală, după 1′ se pierde cunoştinţa, după 3′ se moare clinic şi după 8′ se produce moartea electrică a cordului. Uneori, inhibiţia şi sincopa suprimă respiraţia şi menajează rezervele de O_2 (la fel ca şi diverticulii esofagieni), fapte patogenice ce prelungesc durata asfixiei la 10—12′. Durata asfixiei se poate deduce din dozarea rezervelor de O_2: omul de 70 kg are 5400 g sînge cu 18% O_2 din care 770 cm^3 O_2 în circulaţie, 320 cm^3 în aerul alveolar şi o rezervă de 1300 cm^3. Cum consumul de O_2 pe oră e 400 cm^3/kg, la 70 kg va fi de 450 cm^3 pe minut. După 2′ şi 30″ se consumă 1120 cm^3 iar după 3′ rezerva de O_2 devine nulă şi moartea sigură.

Modificări morfologice

Asfixiile produc două categorii de modificări morfologice. Modificările cele mai caracteristice, patognomonice pentru tipul de asfixie incriminată, sînt leziunile traumatice de asfixie, care, datorită reproducerii formei şi tipului de asfixie, devin adevărate amprente (mărci) asfixice locale, cu mare valoare diagnostică medico-legală. Din acest motiv ele se vor trata la fiecare tip de asfixie în parte. Modificările generale de asfixie sînt comune tuturor tipurilor de asfixie şi sînt cunoscute sub numele de „leziuni asfixice“ şi se datoresc tulburărilor hemodinamice consecutive privării acute de oxigen. Leziunile asfixice generale au şi ele valoare diagnostică, deoarece orientează de la început asupra contextului asfixic de moarte. Ele se împart în leziuni externe, şi cu valoare în acest sens sînt cianoza intensă a extremităţii cefalice pînă la aspectul de mască echimotică cervico-facială, cînd pe fondul de cianoză intensă se constată multiple peteşii conjunctivale, lividităţile de culoare albăstruie, deci de culoare mai închisă decît în alte morţi violente şi localizate într-o anumită parte a corpului, în raport de felul asfixiei (la spînzuraţi în 1/2 inferioară a corpului),

emisiunea de lichid seminal etc. În general, în asfixii lividităţile vor fi mai precoce, mai întinse şi de culoare mai închisă, datorită intervenţiei unor mecanisme umorale care lasă sîngele fluid. Cea de a doua categorie de leziuni, cele interne, se referă la constatarea fluidităţii sîngelui în cord şi în vasele mari, cu microcoaguli la acest nivel (fluiditate datorită rapidităţii morţii şi modificărilor umorale sub influenţa privării de oxigen), stază şi edem pulmonar de la seros pînă la hemoragic, emfizem pulmonar acut şi consecutiv dilatarea cordului drept, stază în organe, mai ales meningo-cerebrală cu hemoragii punctiforme şi ramolismente precum şi în organele limfatice, peteşii pe seroase etc. (fig. 150). Prin pulmon acut asfixic se înţelege un polimorfism lezional pulmonar ce constă din congestie marcată, hemoragii intrapulmonare şi bronşice, atelectazii pulmonare, emfizem alveolar acut cu prezenţa de celule gigante în alveole şi lipsa oricăror leziuni inflamatorii. Acest pulmon asfixic are un mecanism complex, anoxic (encefalopatia hipoxică primitivă ce opreşte respiraţia şi duce la insuficienţă ventriculară stîngă acută), de presiune endotoracică negativă prin efortul respirator (ce duce la hipertensiune venoasă cu transsudat alveolar) şi prin tulburări vasomotorii (mai ales în compresiunile gîtului). Cercetarea hemoragiilor în splină şi ganglionii limfatici, datorate aceloraşi tulburări hemodinamice, constituie după unii autori un semn asfixic important. Mai rar se pot constata leziuni hemoragice ale tubului digestiv de natură neurogenă, similare celor din arsuri. Leziunile macroscopice au şi un corespondent microscopic cunoscut sub numele de stare vasal-anoxică descrisă de Spielmeyer şi Kernbach şi care constă din stază şi edem în organe, leziuni de endotelioză şi rupturi capilare cu eritrodiapedeză, distrofie hidropic-vacuolară de natură anoxică în celule etc. În lipsa leziunilor locale de tip amprentă asfixică, cercetarea atentă şi prudentă a acestui tablou microscopic permite orientarea către o moarte asfixică. Astfel, la un caz de deces unde cadavrul a fost găsit într-o groapă, lipsa oricăror semne locale externe de marcă asfixică a determinat la o explorare microscopică minuţioasă şi a prezumat diagnosticul de asfixie violentă urmat de elucidarea de către anchetă a împrejurărilor morţii ca fiind datorată unei sufocări cu obiecte moi, urmată de abandonarea cadavrului.

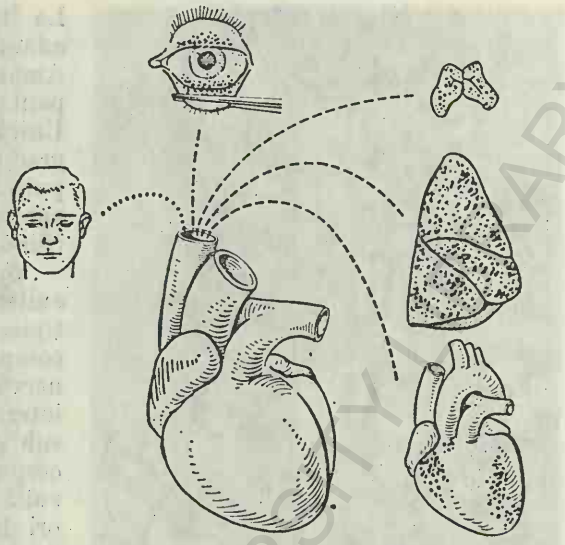


Fig. 150. Formarea peteşiilor în asfixii (Ponsold).

În caz de supravieţuire, situaţie frecvent întîlnită după tentativele asfixice, vor rămîne ca sechele multiple tulburări psihice sau nervoase (agitaţie, confuzie, depresie, disfonii, mai des în comprimările gîtului, paralizii etc.), tulburări pulmonare de tipul bronşitelor, pneumoniilor etc. Este frecventă, de asemenea, persistenţa urmei laţului traumatic care poate dispărea după mai multe zile. În supravieţuiri se realizează tabloul unei morţi aparente cu comă gradul I, II, III sau comă depăşită ce corespunde morţii cerebrale.

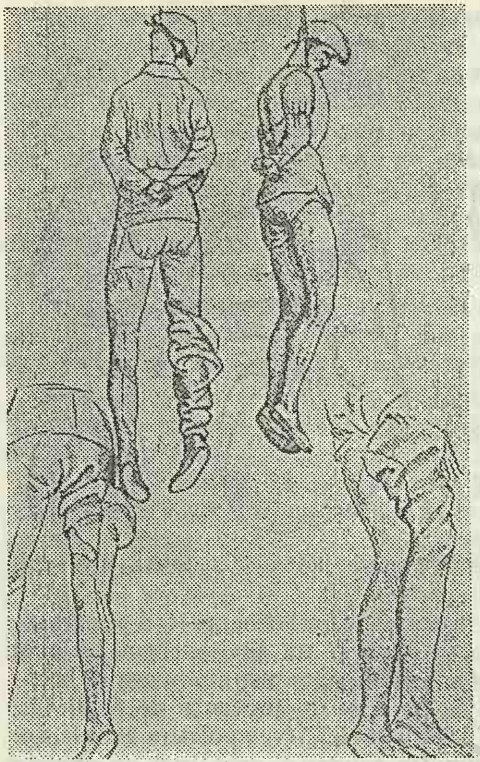


Fig. 151. Spînzurări tipice în tablourile lui Pisanello.

La tulburările neurologice se va adăuga deseori şi edemul laringian. Amnezia actului e cu atît mai frapantă cu cît coma este mai profundă. Unii bolnavi au supravieţuit în comă gradul II sau III peste 20—40 ore, putînd fi apoi victima unor alte agresiuni intenţionate sau din eroare (fiind consideraţi morţi).

Spînzurarea este o modalitate ubicuitară de suicid şi una din cele mai tipice asfixii, ce se defineşte ca o comprimare a formaţiunilor vasculo-nervoase şi aeriene ale gîtului prin intermediul unui laţ traumatic şi sub greutatea totală sau parţială a corpului (fig. 151). Din definiţie rezultă că spînzurarea poate fi tipică, ori de cîte ori intensitatea maximă de comprimare a laţului traumatic se află în regiunea cervicală anterioară şi corpul complet suspendat în vid, şi atipică, în celelate situaţii. Astfel, în spînzurările atipice nodul laţului se poate afla lateral sau anterior gîtului (comprimarea maximă fiind cervicală posterioară) iar corpul mai păstrează contactul cu solul de o manieră variabilă. În spînzurările atipice, de regulă incomplete, moartea poate surveni mai lent ca o consecinţă a comprimării parţiale, mai ales a formaţiunilor vasculo-nervoase ale gîtului. Cele mai tipice spînzurări s-au realizat în cadrul „spînzurărilor supliciu", unde căderea în vid de la circa 6 m producea o moarte rapidă prin elongarea măduvei cervicale şi nu prin asfixie. În literatura de specialitate se cunosc peste 300 feluri de spînzurări atipice şi ca atare incomplete, mergînd pînă la situaţiile extreme în care victima se află culcată în pat şi cînd are loc comprimarea gîtului în laţ doar prin intermediul capului ce are o greutate medie de 4,5 kg — cu variaţii între 3,5—6,5 kg (aşa numitele spînzurări de dimineaţă în pat ale melancolicilor), situaţii de spînzurare cu laţul în gură, cu laţul sub bărbie etc. (fig. 152, 153, 154, 155, 156).

Greutatea ce apasă asupra formaţiunilor anatomice vasculo-nervoase şi aeriene ale gîtului prin intermediul laţului traumatic este esenţială în realizarea tipului complet sau incomplet de spînzurare precum şi în durata instalării morţii. Astfel, la circa 2 kg se comprimă venele jugulare, la 5 kg se comprimă arterele carotide, la 15 kg se comprimă traheea şi de abia la 25 kg se comprimă arterele vertebrale. Faptul explică de ce moartea se produce şi în comprimările atipice care interesează numai formaţiunile vasculare şi nu şi traheea. Se realizează în aceste situaţii o anoxie de transport a oxigenului spre creier cu producerea aceloraşi efecte, şi anume moartea asfixică. Faptul este confirmat de spînzurările celor purtători de canulă traheală, cu laţ compresiv deasupra canulei, cînd moartea se produce prin fenomene anoxice predominant hemodinamice. Ori de cîte ori nodul laţului traumatic se află sub bărbie şi laţul comprimă cu precădere arterele vertebrale şi venele jugulare, moartea se

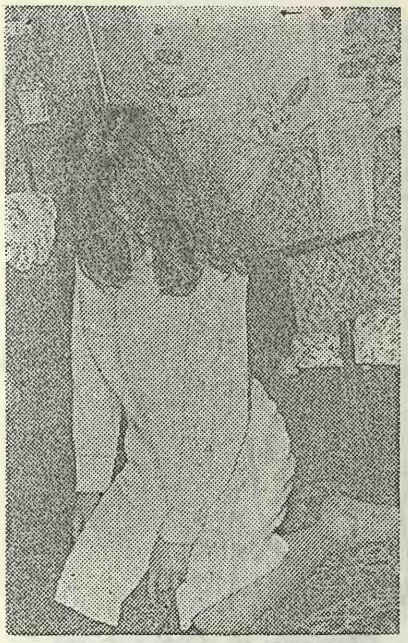


Fig. 152. Spînzurare atipică.

Fig. 153. Spînzurare tipică.

produce într-un timp mai îndelungat, deşi tot prin mecanism asfixic. Din realităţile de mai sus rezultă că în mecanismul realizării asfixiei prin spînzurare intervin fenomene hemodinamice (comprimarea cu precădere a vaselor gîtului), asfixice (comprimarea concomitentă a traheei, mai pecis împingerea posterioară a bazei limbii şi blocarea faringelui, mai ales în spînzurările tipice)

Fig. 154. Urma laţului din fig. precedentă.

Fig. 155. Spînzurare tipică.

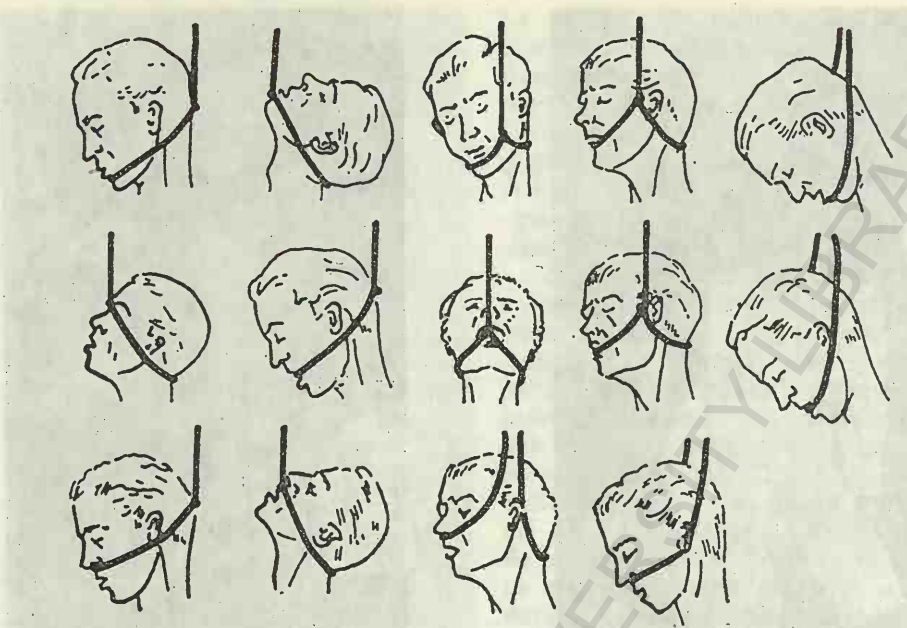


Fig. 156. Modalităţi de spînzurare atipică (Muller).

şi nervoase (de excitare a corpusculului carotidian sau a nervilor vagi în comprimările brutale ale gîtului). Cînd predomină mecanismele asfixice şi hemodinamice se realizează modificările morfologice externe şi interne tipice de asfixie, motiv pentru care asfixia se mai numeşte şi albastră (datorită, îndeosebi, cianozei feţei) iar cînd predomină mecanismele nervoase, datorită lipsei acestor modificări şi îndeosebi a cianozei, se realizează o asfixie albă. Spînzurarea e albă cînd nodul laţului este posterior (prin oprirea brutală a circulaţiei şi inhibiţia formaţiunilor nervoase) şi albastră cînd nodul e lateral (prin asigurarea circulaţiei cerebrale de partea opusă) sau anterior (prin hiperextensia bruscă a capului cu comprimarea carotidelor de planul vertebral). Mecanismele nervoase de moarte sînt frapante mai ales în aruncarea în vid a victimei cu laţul fixat de gît, cînd are loc o dislocare vertebrală cu elongarea măduvei cervicale sau fracturi ale axisului cu moarte bulbară, precum şi în alte cazuri de spînzurare cînd laţul traumatic produce excitarea formaţiunilor nervoase ale gîtului urmată de moarte rapidă, înainte de instalarea semnelor tipice de asfixie. Aşa se întîmplă, de exemplu, în căderile accidentale cu gîtul în garduri, laţuri etc. În unele cazuri de „răstignire" accidentală, moartea se produce prin asfixie consecutivă blocării, paraliziei şi epuizării progresive a musculaturii respiratorii. Răstignirea e mai mult o sufocare prin epuizarea amplianţei toracice (tetanizarea musculaturii). Lezarea gambelor, în scopul de a evita orice punct de sprijin sau atîrnarea de greutăţi de picioare, avea rolul de a îngreuia mişcările respiratorii şi de a grăbi moartea. Se moare astfel în circa 3′ în spînzurările cu braţele verticale şi în 6′ în cele cu braţele orizontale. În „spînzurările" accidentale cu capul în jos, moartea se produce, de asemenea, prin asfixie consecutivă împingerii diafragmului de către organele abdominale şi jenării consecutive a respiraţiei precum şi creşterii tensiunii intracraniene.

Moartea în asfixia prin spînzurare se instalează prin intermediul aceloraşi faze descrise la asfixii în general. Un simptom relativ constant constatat în

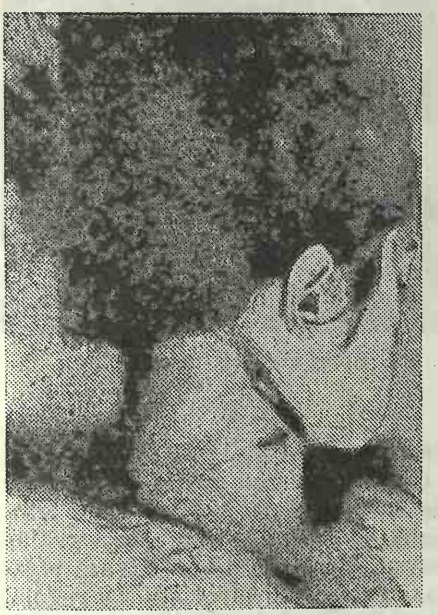


Fig. 157. Şanţ de spînzurare.

Fig. 158. Şanţ de spînzurare.

cadrul asfixiilor prin spînzurare se referă la emisiunea de spermă, considerată de unii autori drept un fenomen cadaveric, datorită rigidităţii precoce a veziculelor seminale, dar de fapt fiind un fenomen vital, consecutiv congestiei reflexe a bazinului ori unui reflex cu punct de plecare în excitarea zonelor reflexogene cervicale. Căutarea acestui mod de pervertire sexuală, de către cei ce pot cădea victime acestor „spînzurări" accidentale, confirmă această ipoteză. Încă E. Poe descria stările senzoriale şi delirante din aceste circumstanţe.

Sub aspect morfologic, spînzurarea produce, alături de leziunile comune tuturor asfixiilor, leziuni caracteristice, cu valoare de amprentă asfixică. În cadrul semnelor generale se poate nota existenţa lividităţilor în membrele inferioare în spînzurările tipice, sau localizate în oricare altă parte a corpului, în raport de felul spînzurării atipice. În cadrul semnelor locale, patognomonic este şanţul de spînzurare consecutiv comprimării intravitale a gîtului de către laţul traumatic. Poziţia acestui laţ se află în 1/3 superioară a regiunii cervicale, în spînzurările tipice, şi are o direcţie oblic ascendentă spre ceafă unde apare întrerupt (fig. 157, 158). În spînzurările atipice, direcţia lui poate fi oblic ascendentă spre ureche sau bărbie. De regulă, laţul comprimă cu intensitate maximă, realizînd un şanţ mai profund, în partea opusă nodului (fig. 159).

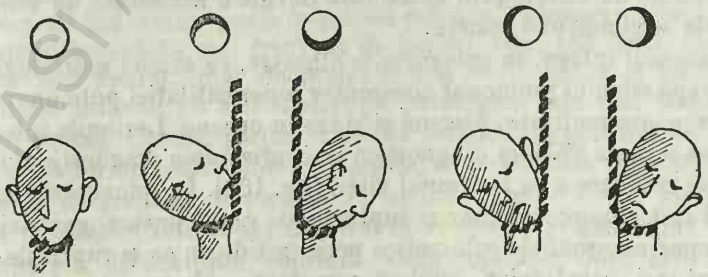


Fig. 159. Profunzimea şanţului.

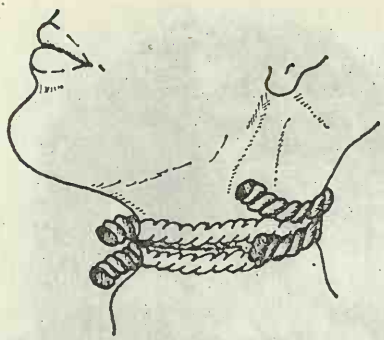


Fig. 160. Şanţ strangulare (diagnostic diferenţial).

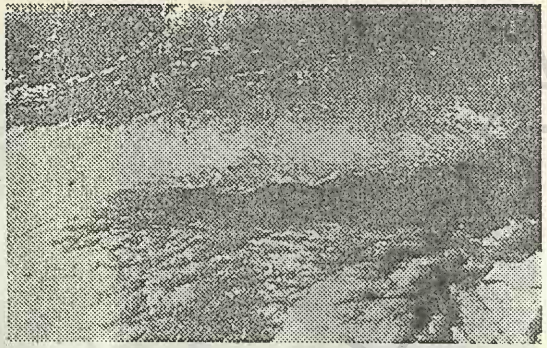


Fig. 161. Spînzurare cu obiecte moi.

Şanţul de spînzurare este discontinuu, întrerupt la nivelul nodului sau mai rar prin interpunerea degetelor victimei ce încearcă autosalvarea, a cozilor de păr etc. Şanţul poate reproduce în relief forma laţului traumatic (a frînghiei, sîrmei, curelelor, lanţului etc.) realizînd o pergamentare caracteristică formei acestor obiecte (fig. 160, 161). Frecvent, şanţul se deshidratează postmortal şi mai rar poate prezenta la nivelul său peteşii sau excoriaţii. De regulă, tegumentele superioare şanţului sînt mai violacee, datorită hipostazei, iar constatarea unor excoriaţii se datoreşte fie durităţii laţului, fie tendinţei de autodegajare a gîtului din laţ cu mîna de către victimă. Comprimarea gîtului după moarte este în măsură să realizeze un şanţ cu aspect pergamentat similar, după cum comprimarea gîtului de către un laţ prin intermediul fularului, gulerului de la palton etc. poate merge pînă la lipsa oricărei urme de comprimare. În această situaţie, semnele generale de asfixie au valoare orientativ-diagnostică, mai ales cianoza, semn iniţial, care va fi cu atît mai bine exprimată, cu cît carotida şi jugulara de o parte vor fi mai libere şi vor permite circulaţia sîngelui spre cap. În blocările bilaterale ale acestor vase, de regulă faţa este albă (lipseşte deci cianoza) iar circumspecţia medicului în cercetarea leziunilor trebuie să fie maximă pentru a nu compromite diagnosticul de asfixie violentă. Pe cadavru, la exterior, mai ales pe cap şi membre, se pot constata urme de echimoze sau excoriaţii ce se pot datora lovirii corpului în stadiul convulsiv al asfixiei de către obiectele din jur. Medicul va stabili modalitatea producerii acestor leziuni prin corespondenţa lor cu locul spînzurării şi, ori de cîte ori mecanismul lor de producere este obscur, îşi va exprima rezervele. La cadavrele spînzurate şi descoperite după mult timp intervine putrefacţia sau mumificrea, uneori cu căderea trunchiului şi menţinerea în laţul de spînzurare doar a capului mumifiat sau scheletizat; şi în aceste împrejurări, tentarea cercetării leziunilor locale de asfixie prin spînzurare devine o necesitate, în scopul clarificării certe a condiţiilor morţii.

La examenul intern, în spînzurările albastre, ca semne morfologice generale vor frapa edemul pulmonar consecutiv hipoventilaţiei pulmonare şi hipertensiunii venoase realizate, precum şi staza în organe. Leziunile interne locale capătă însă o mare valoare diagnostică în confirmarea diagnosticului de spînzurare şi de realizare a sa în timpul vieţii (fig. 162). În spînzurările cu aruncarea în vid sînt cunoscute chiar şi rupturile de nervi pneumogastrici, dar mai constant apar manşoanele echimotice pericarotidiene ca şi rupturile transversale ale intimei carotidelor, rupturi cunoscute sub numele de semnul lui

Fig. 162. Leziuni ale gîtului în asfixii.

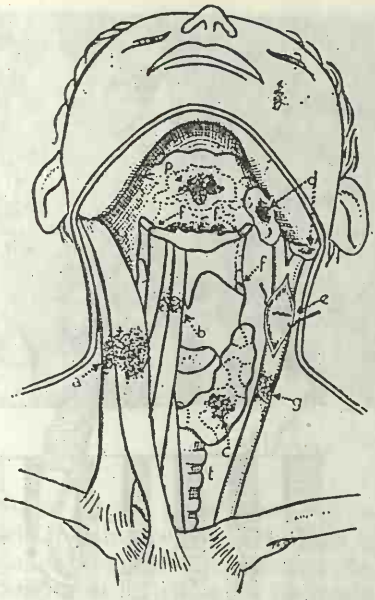


Fig. 163. Spînzurare atipică.

Amussat. Aceste rupturi se datoresc alunecării tunicilor arterei consecutiv comprimării gîtului și greutății corpului și mai rar se pretinde că se datoresc comprimării arterelor pe corpurile vertebrale prin intermediul cartilajelor tiroidiene. Cînd ruptura intimei nu este vizibilă, la zona suspectă se pot cerceta microscopic leziunile premergătoare ei. De aceeași importanță medico-legală este și evidențierea leziunilor cartilajelor gîtului (hioidului și coarnelor tiroidului), dacă ele există. În spînzurările la vîrste mai avansate, aceste leziuni cartilaginoase se constată cu mai mare frecvență, dar obișnuit leziunile osteo-cartilaginoase sînt rare.

O problemă ce impune o tratare aparte este aceea a caracterului vital sau postvital al șanțului. Ea se face prin cercetarea infiltratelor hemoragice la nivelul său, iar cînd acestea lipsesc, prin cercetarea catecolaminelor deasupra și dedesubtul șanțului (proba Berg). În lipsa reacțiilor vitale locale, spînzurarea vitală nu se exclude a fi datorată compresiunii vagului și/sau plexului pericarotidian. Se va face diagnosticul diferențial al șanțului de spînzurare cu falsele șanțuri agonice date de guler, cravată etc.

Sub aspectul formei medico-legale de moarte, spînzurarea este, cel mai frecvent, un act de suicid. Sînt cunoscute chiar unele epidemii de sinucidere prin spînzurare, care, în antichitate, nu au putut fi jugulate decît prin amenințarea expunerii cadavrelor goale în piețele publice. Spînzurarea este o modalitate de suicid acceptată mai frecvent de bărbați (fig. 163, 164). Cu cît actul se execută mai discret, mai disimulat și mai convingător ca loc de spînzurare și mijloc utilizat, cu atît motivația patologică este mai frapantă, față de suicidul șantaj. Uneori, pentru a se da certitudine gestului de moarte ce se vrea ireversibil, în motivațiile patologice, se poate face constatarea legării concomitente de greutăți de picioare, a legării mîinilor etc. O modalitate de sinucidere patologică este și așa-numitul omor altruist, cînd, mama cu melancolie puerperală, de exemplu, suprimă viața copilului, după care recurge la expiere suicidară prin spînzurare. O formă de spînzurare la limită cu normali-

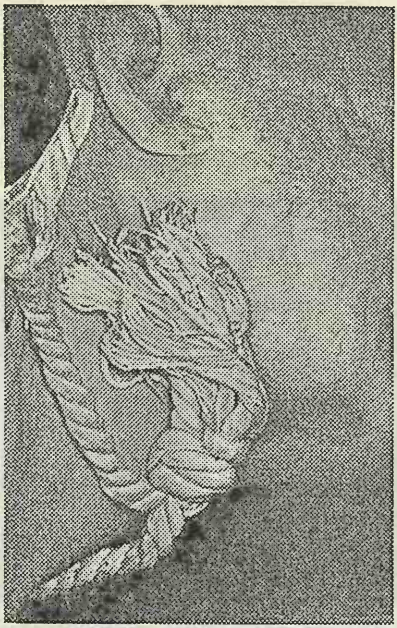


Fig. 164. Spînzurare atipică (Tedeski).

Fig. 165. Cădere cu gîtul în gard.

tatea, sub aspectul motivației patologice, o constituie spînzurarea în doi (spînzurarea dublă) la cei care trăiesc diferite stări afectiv-pasionale. Spînzurarea accidentală se întîlnește în circumstanțe, cum ar fi la copiii legați de pat sau de cărucior, la alpiniștii ce cad în corzi, la artiștii de circ sau în căderile accidentale cu gîtul între zăbrelele gardului (fig. 165). Tot accidentale sînt și cele cu motivație sexopatică, unde moartea urmează pierderii cunoștinței sau avariei instalațiilor complicate făcute în acest scop. Spînzurarea criminală este mai rar întîlnită și se poate realiza la copii, bătrîni, bolnavi sau oameni în stare de ebrietate, ce nu opun rezistență, cînd, după producerea unei stări comoționale prealabile (așa-numita anestezie prealabilă) favorizante, se realizează spînzurarea criminală. Coexistența altor leziuni, decît cele de spînzurare la un astfel de cadavru, va determina la explicarea lor prin convulsiile de natură asfixică, prin alte tentative prealabile și nereușite de suicid, prin producerea lor heteroagresivă ce a determinat sinuciderea sau prin producerea lor heteroagresivă urmată de spînzurare în scop de disimulare. O spînzurare disimulată se va suspecta ori de cîte ori lipsesc leziunile vitale la nivelul șanțului, se constată alte leziuni de violență corporală, mai ales în cazul așa-zisei loviri de „anestezie prealabilă", lipsesc lividitățile în membrele inferioare, lipsește creșterea fosfolipidelor eliberate de splină în sîngele periferic în timpul spînzurării vitale etc. O cercetare corelativă a locului spînzurării devine absolut necesară în toate aceste cazuri.

Strangularea este o altă formă medico-legală de asfixie prin comprimarea formațiunilor vasculo-nervoase și aeriene ale gîtului, care, de această dată, se realizează fie prin intermediul unui laț traumatic, fie prin intermediul mîinii agresorului (sugrumare). Strangularea cu lațul se caracterizează prin producerea unui șanț de strangulare, care, spre deosebire de cel din spînzurare, se află situat la nivelul treimii cervicale medii, este orizontul și de regulă con-

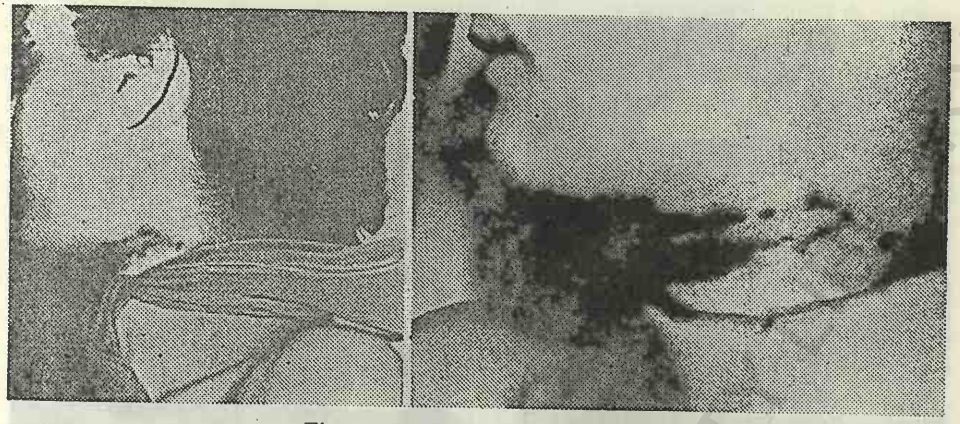


Fig. 166. Strangulare (Tedeschi).

tinuu. În caz de heteroagresiuni, persoanele fără forță pot fi strangulate prin față, pe cînd cele robuste, prin spate. Atît la exterior cît și la interior se constată aceleași modificări produse de lațul de strangulare ca și în spînzurare. În tablourile lui Goya, în perioada inchiziției, acest șanț supliciu se realiza printr-un colier de fier, dar astăzi, în situațiile medico-legale cele mai frecvente, strangularea cu lațul ca și sugrumarea se realizează în cadrul asfixiilor sexuale. Mai rar, șanțul de strangulare se poate realiza prin comprimarea criminală a gîtului victimei de un obiect dur (spetează de pat, scaun etc.), cînd forma sa va fi discontinuă. Asfixiile sexuale ca și spînzurările sexopatice se realizează într-un context obscen pentru a facilita obținerea orgasmului, ori se produc în cadrul unor infracțiuni sadice cu leziuni vitale de strangulare ori sugrumare și cu realizarea raportului sexual deseori după moartea victimei. Multitudinea leziunilor, localizarea lor perigenitală, gravitatea lor și uneori deflorarea postvitală relevă motivația sadică a actului de violență. Strangularea devine facilă la copii, bătrîni, persoane în stare de ebrietate etc. (fig. 166, 167).

Strangularea cu mîna (sugrumarea) se realizează în cadrul actelor criminale, cînd, prin intermediul inhibițiilor plecate de la laringe și de la sinusul carotidian, prin nervul Wrisberg și apoi bulb, se produc opriri ale inimii cu moarte prin asfixia albă. Dar, cel mai frecvent, în sugrumare asfixia este de tip albastru, cînd se vor constata pe tegumentele anterioare ale gîtului multiple echimoze și excoriații neregulate datorită comprimării sale cu pulpa degetelor și cu unghiile. În țesuturile subjacente, leziunile cartilajului tiroid și coar-

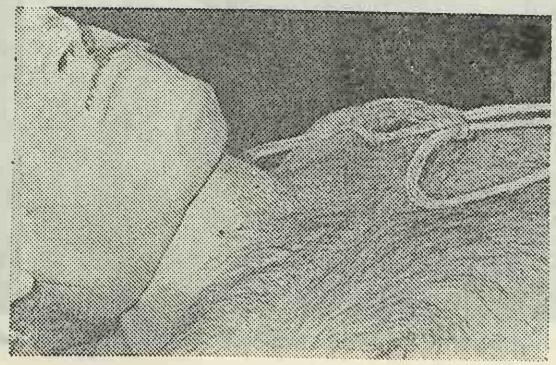


Fig. 167. Strangulare.

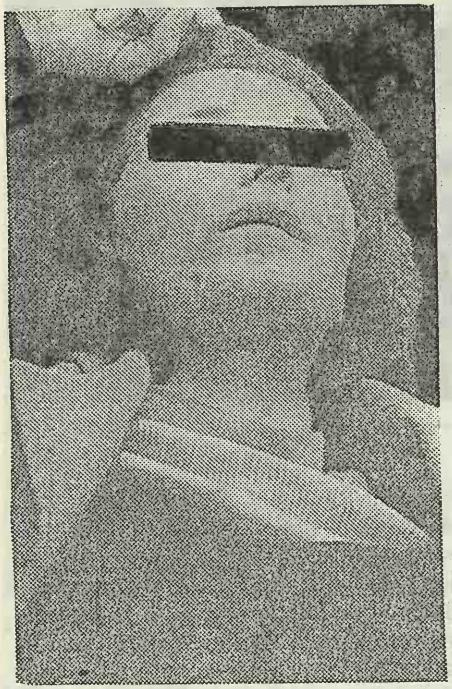


Fig. 168. Strangulare cu obiect moale (urma laţului).

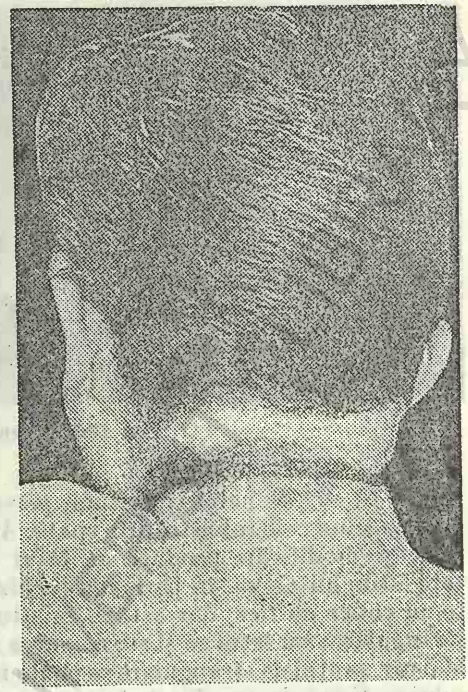


Fig. 169. Şanţ strangulare.

nelor sale vor fi intense (mai ales în partea dreaptă, datorită comprimării lor cu policele). Cercetarea cartilajelor traumatizate ale laringelui se face prin metoda microradiografică a lui Dérobert, cînd, mai frecvent, se vor constata fracturi şi luxaţii ale coarnelor mari ale cartilajului tiroid şi osului hioid (fig. 168, 169, 170; planşa III, fig. 19). Leziunile intimei carotidei evoluează în doi timpi: la început se produce o vacuolizare a intimei (leziune de tip Fiedberg), după care are loc decolarea sa. Alteori toate ţesuturile moi ale regiunii cervicale anterioare sînt transformate într-o masă de sînge, consecutiv comprimării lor persistente cu mîna. Mai rar, la persoane fără capacitate

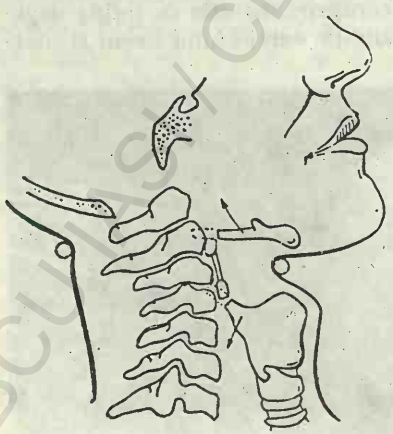


Fig. 170. Leziunile cartilajelor laringelui.

de apărare, se realizează leziuni patognomonice comprimării cu mîna, și anume o echimoză prin police de o parte a gîtului și 3—4 echimoze prin restul degetelor, de cealaltă parte, echimoze flancate fiecare de către o excoriație semilunară produse prin unghii. Evident că atunci cînd strangularea se face prin intermediul mănușii, fularului etc., leziunile externe vor lipsi însă leziunile interne vor fi tot atît de bine exprimate. Cînd sugrumarea cu mîna se va realiza prin intermediul spațiului interdigital dintre police și index (strîngerea gîtului cu mîna ca un colier), se va produce o echimoză asemănătoare comprimării cu un laț moale oarecare.

În strangularea incompletă, realizată de regulă cu mîna, agonia e lungă față de strangularea completă cu lațul, cînd agonia e scurtă și moartea poate apărea după 2 minute.

Sub aspectul medico-legal al morții, strangularea cu lațul sau cu mîna este, în marea majoritate a cazurilor, un act criminal (planșa IV, fig. 1). Sinuciderea prin strangulare cu mîna este imposibilă, deoarece, odată cu apariția primelor tulburări ale cunoștinței și pierderea tonusului muscular, automatic încetează acțiunea de autocomprimare. Strangularea cu lațul ca act de sinucidere este de asemenea excepțională din aceleași motive: pierderea tonusului muscular și implicit cedarea lațului odată cu pierderea cunoștinței care se produce după primele 30 de secunde. Strangularea suicid se poate realiza doar prin sisteme de garou ale lațurilor ce se strîng progresiv („sandow"). În atare cazuri vor pleda pentru sinucidere multitudinea circularelor din jurul gîtului, multitudinea nodurilor și caracterul lor deseori complicat, situația lor anterioară, deci accesibilă victimei, evidențierea acelui „psihism premortal", suicidar, atîrnarea de laț a unor greutăți etc. (fig. 171, 172). Strangularea ca act criminal se întîlnește în cele mai frecvente împrejurări și moartea se poate produce rapid, chiar înainte de 3 minute, prin caracterul brutal și con-

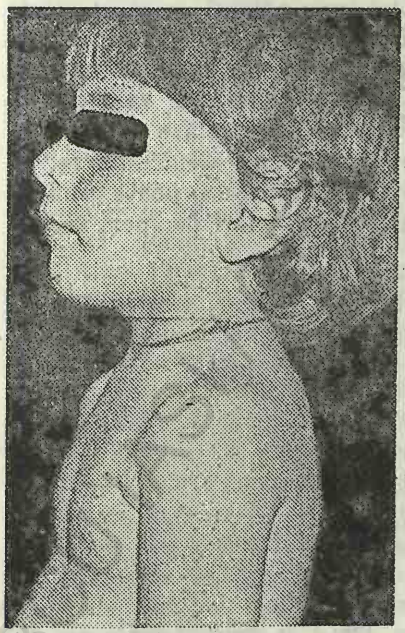


Fig. 171. Strangulare suicid.

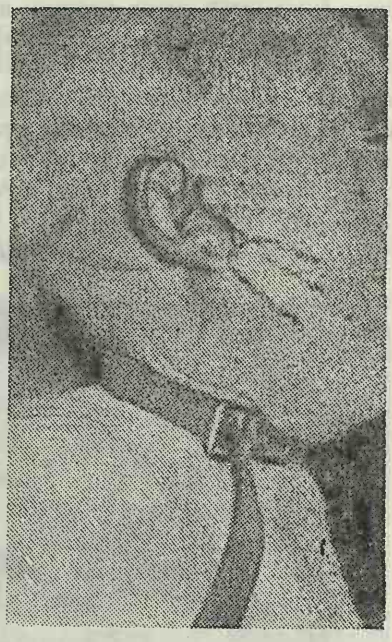


Fig. 172. Strangulare suicid.

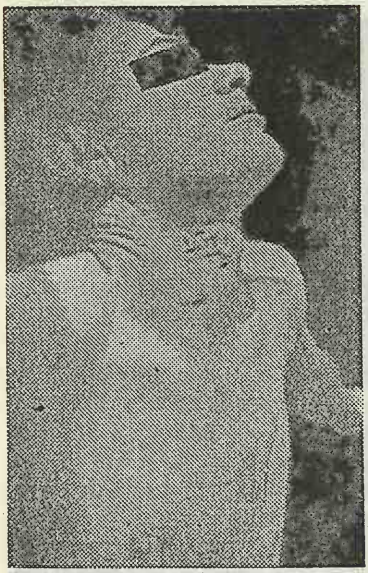
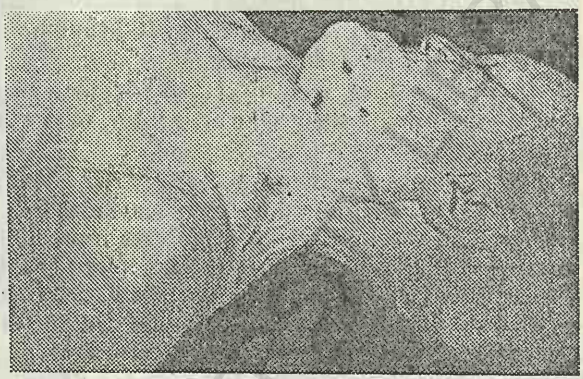


Fig. 173. Sugrumare.

Fig. 174. Sugrumare.



tinuu al actului de violență (fig. 173, 174, 175). Uneori se constată, alături de semnele vitale de sugrumare, și semne lezionale ale acțiunii altor violențe (exemplu intoxicații vitale) care se pot explica prin determinarea victimei la suicid sau prin introducerea criminală a toxicului în gura victimei în timpul agoniei sau morții clinice. Se citează și cazuri aberante de strangulare a unui dresor de către un piton. Strangularea accidentală se poate întîlni la copii imobilizați de pat sau la nou-născuți prin circularele cordonului ombilical, cînd șanțul cervical discret lăsat de cordon se prelungește totdeauna spre ombilic și coexistă cu un pulmon nerespirat. Tot la nou-născuți, existența unor leziuni ale tegumentelor cervicale produse în cadrul manevrei Mauriceau nu trebuie confundate cu leziunile de pruncucidere. Nașterea în pelvină și inventarierea tuturor leziunilor în vederea unei interpretări univoce va ajuta la clarificarea diagnosticului privind felul și forma medico-legală a morții. În unele tipuri tradiționale de sport se pot produce leziuni asemănătoare. În judo, lovirea gîtului cu marginea cubitală (lovirea în manșetă) poate produce o moarte subită prin inhibiție, după cum, în aceleași feluri de sport se pot produce și morți prin strangulare.

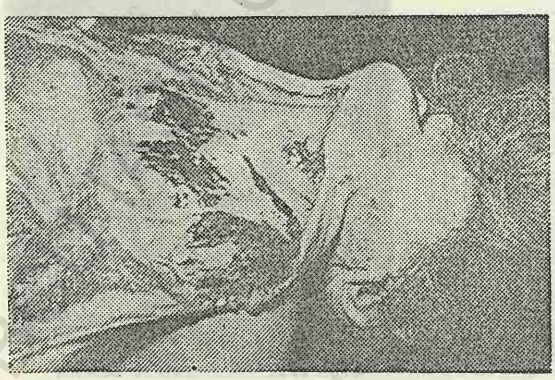


Fig. 175. Leziunile subjacente sugrumării din fig. precedentă.

Asfixia prin compresiune toraco-abdominală. Comprimarea toraco-abdominală, prin blocarea mișcărilor respiratorii, realizează una din cele mai grave tipuri de asfixii. În raport de greutatea ce comprimă și de vîrsta victimei, se pot realiza asfixii mai ușoare sau mai grave, letale sau cu șanse de supraviețuire. Comprimarea unui adult prin masa de 70—80 kg a unui alt adult poate realiza acest tip de asfixie. Se rezistă însă și la 100 kg, în raport de forța fizică a victimei. Ca circumstanțe de producere, asfixia prin comprimare se realizează prin surprinderea corpului de către maluri surpate, ziduri dărîmate, în seisme, avalanșe de zăpadă, vehicule răsturnate, aglomerări la ieșirea din unele localuri în care apar riscuri vitale (incendii, seisme etc.) sau alte feluri de aglomerații (ca în Place Concorde cu 40 de morți, la un meci de fotbal în Glasgow cu 70 decese, sau cu ocazia încoronării țarului Nicolae al II-lea cu 3 000 morți), iar la copii se poate realiza prin căderea brațului mamei în timpul somnului pe toracele copilului. În aceste condiții se produce o comprimare și/sau sufocare, motiv pentru care, în unele țări, se interzice prin lege ca mama să doarmă cu copiii mai mici de 2 ani.

Comprimarea toraco-abdominală produce, în cel mai intens grad, semnele general interne și externe de asfixie. Cianoza feței pînă la mască echimotică, peteșiile pe seroase și microhemoragiile în organe, staza viscerală etc. vor fi foarte accentuate.

Forța hidrostatică a traumatismului de comprimare se poate transmite la inimă, via marile vase, urmată de creșterea tensiunii intracardiace și posibile rupturi ale valvulelor sau cordului.

În ceea ce privește forma medico-legală a morții, asfixia prin comprimare toraco-abdominală este, de regulă, un accident dar poate fi și un gest suicidar (aruncarea în fața unui vehicul și comprimarea de către acesta, „îngroparea de viu" la nou-născut etc.) sau un act criminal, așa cum se întîmplă în unele comprimări toraco-abdominale efectuate de terțe persoane, în violuri în grup etc. Într-un caz, de exemplu, o asfixie prin comprimare toraco-abdominală cu fracturi costale constatate la victima decedată, găsită culcată în pat și încuiată pe dinăuntru, a confirmat asfixia prin comprimarea criminală și a exclus lovirea prealabilă de către un vehicul.

Asfixiile prin ocluzie. Astuparea orificiilor respiratorii se poate produce la diferite nivele, începînd cu orificiile buco-nazale la exterior (sufocarea), continuînd cu blocarea faringelui, a glotei sau a traheii prin diferiți corpi străini (tetine, bomboane, monede, jucării etc.) și terminînd cu blocarea alveolelor ca în înec. Toate aceste situații ca și comprimarea pulmonilor în pleurezii, pneumotorax, a copiilor în pernă, a epilepticilor în criză etc. constituie sufocări în opinia unor autori.

Asfixia prin sufocare se realizează prin comprimarea gurii și nasului cu mîna sau prin intermediul unor obiecte moi. Ea realizează o anoxie pură fără comprimarea vaselor și nervilor. Sufocarea cu mîna va produce leziuni echimotice și excoriative în jurul orificiilor buco-nazale, dar comprimarea prin intermediul obiectelor moi nu va produce astfel de leziuni la exterior ci doar ulcerații traumatice ale mucoasei buzelor sau infiltrate hemoragice în țesuturile acestora prin comprimarea lor pe dinți. În rest, asistăm la instalarea acelorași semne general — externe și interne de asfixie. Pentru rațiuni practice, ori de cîte ori sîntem în prezența unui tablou general de asfixie dar fără leziuni locale frapante, nu vom pierde din vedere obligativitatea de a cerceta țesuturile buzelor, mai ales dinspre partea lor mucoasă (fig. 176, 177, 178, 179, 180). Sufocarea se poate realiza și prin împingerea capului în diferite

Fig. 176. Sufocare cu mîna.

Fig. 177. Leziunile endobucale ale cazului din fig. precedentă.

Fig. 179. Sufocare cu obiecte moi.

Fig. 178. Sufocare cu obiecte moi.

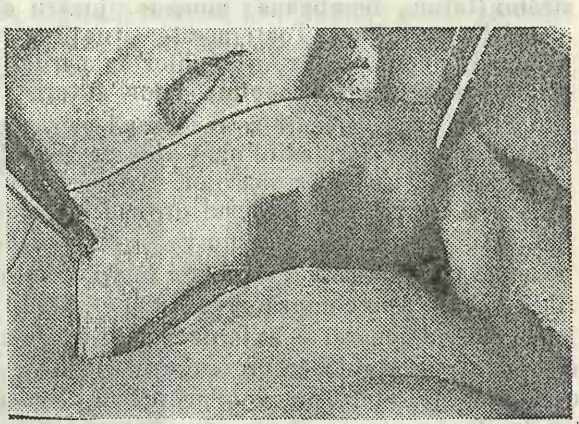


Fig. 180. Leziuni în sufocare (Tedescki).

obiecte moi, dar nu se poate realiza prin apăsarea orificiilor buco-nazale pe solul uscat. Frecvent, sufocarea este un act criminal şi mai rar un act de suicid, ca în cazul comprimării şi imobilizării feţei în obiecte moi, aplicării de pelicule adezive pe orificiile buco-nazale etc.

Asfixia prin corpi străini sau bol alimentar. Orice corpi străini aspiraţi în căile respiratorii (bani, nasturi, boabe, sîmburi etc.) pot realiza o asfixie acută în lipsa unei intervenţii prompte, după cum aspirarea unor alimente nedigerate, în timpul reflexelor de vărsătură, poate duce la o asfixie prin bol alimentar.

Blocarea a jumătate din căile respiratorii poate permite supravieţuirea dacă nu s-ar supraadăuga edemul şi spasmul, mai ales la nivel glotic, care duce la moarte şi în atare condiţii. Tot aşa, blocarea unei bronhii generează exitus-ul prin hipersecreţie bronşică şi vasoconstricţie reflexă.

În ceea ce priveşte asfixia prin bol alimentar, la originea tulburărilor de deglutiţie ce o generează se incrimineză ebrietatea şi senescenţa. Se ştie că deglutiţia are trei timpi şi anume: timpul bucal (voluntar), faringian şi esofagian (involuntari). În decursul timpului faringian, laringele urcă cu circa 4 cm, pentru a realiza acoperirea sa de epiglotă, baza limbii se deplasează înapoi iar rinofaringele se închide de vălul palatin. În condiţiile stării de ebrietate, alcoolul produce o anestezie faringiană cu pierderea noţiunii de volum bucal (de volum al bolului alimentar) precum şi o posibilă vărsătură în timpul unui inspir forţat. Dacă luăm în consideraţie şi vîrsta, cînd senescenţa produce o atrofie a mucoasei la care se adaugă şi fenomenele pseudobulbare, atunci se creează toate condiţiile unei disfuncţii a musculaturii faringiene, care, printr-o dublă deglutiţie, va antrena pătrunderea bolului în căile respiratorii. Aspirarea bolului va rezulta deci dintr-o incoordonare a timpilor deglutiţiei, în sensul că un reflex patologic va întîrzia închiderea sfintecterului superior de protecţie al laringelui. În acest mod, asfixia prin bol alimentar se va întîlni mai frecvent la persoane cu ateroscleroză, epilepsie, ebrietate etc. Prin sindrom Mendelson se înţelege aspirarea conţinutului gastric de vărsătură în astfel de circumstanţe, cu realizarea unor leziuni caustice, acide, în căile respiratorii, datorită acţiunii sucului gastric. Se realizează astfel pneumonii chimice sau de deglutiţie, murindu-se imediat prin colaps sau asistolie ori tardiv prin edem sau abcese pulmonare.

Ca circumstanţe de producere, aceste tipuri de asfixie sînt întîlnite mai ales ca o consecinţă a accidentelor. Astfel, copiii care se joacă cu corpi străini riscă aspirarea lor, după cum, tot în joacă, introducerea unui obiect străin la un subiect ce doarme cu gura deschisă, poate realiza o asfixie accidentală. Aşa-numita „coronaritâ de restaurant" nu este altceva decît o asfixie accidentală prin bol alimentar, bol ce poate ajunge pînă la dimensiuni de 12/5 cm şi la greutăţi de 50 g, constituind o surpriză necropsică constatarea anclavării lor la nivelul glotei sau traheei (fig. 181, 182, 183, 184). Mai rar, un bol alimentar se poate anclava în esofag şi comprima astfel traheea. Unele cazuri de suicid se pot realiza prin blocarea orofaringelui cu diferite obiecte moi sau prin aspirarea intempestivă a unor pelicule ce se suprapun pe corzile vocale şi obstruează orificiul glotei, după cum acest tip de asfixie se poate realiza şi criminal, mai ales la nou-născut sau copii, prin blocarea faringelui, sau la

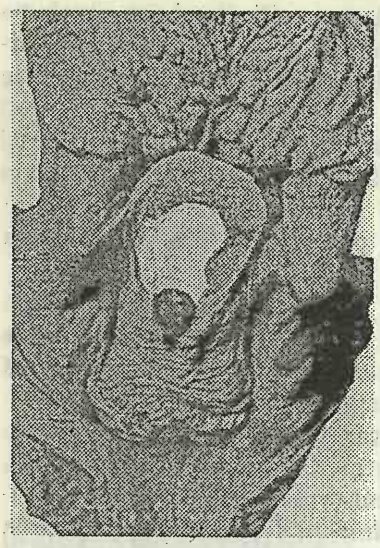


Fig. 181. Sufocare cu bol alimentar.

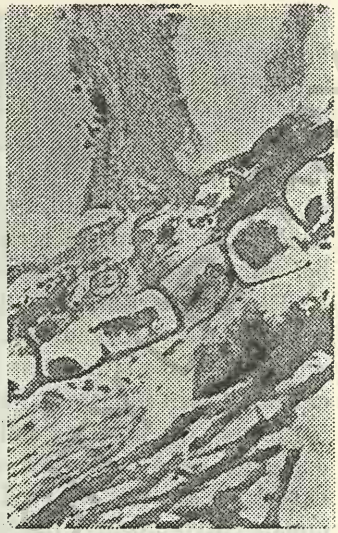


Fig. 182. Sufocare cu corpi străini-tărîțe (ex. microscopic pulmonar).

adulți prin introducerea capului în medii cu semințe, făină etc. (fig. 185, 186). Asfixiile cu substanțe pulverulente se pot realiza și accidental prin surprinderea în încăperi în care, de exemplu, cojile de semințe sînt vînturate sub presiune și cînd se vor găsi tasate pînă la refuz în bronhii și trahee.

Moartea în acest gen de sufocări prin bol alimentar sau corpi străini este consecința asfixiei mecanice și se produce prin spasm laringian supraadăugat

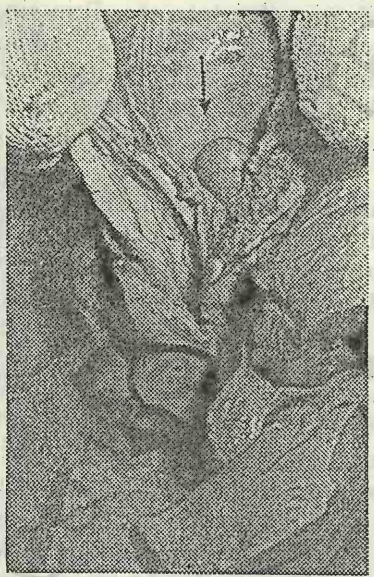


Fig. 183. Sufocare cu fasole.

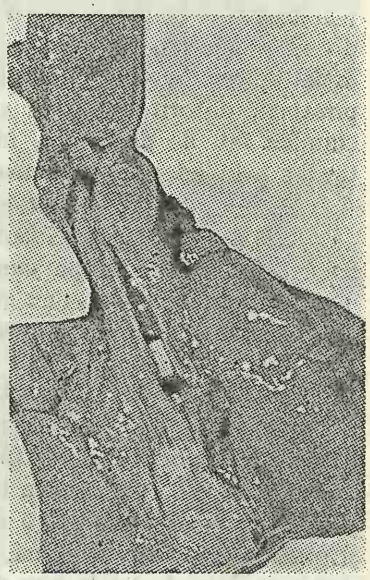


Fig. 184. Sufocare cu tablete.

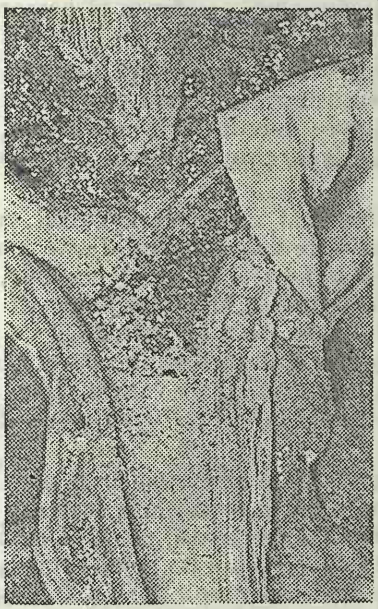


Fig. 185. Sufocare cu rumeguș.

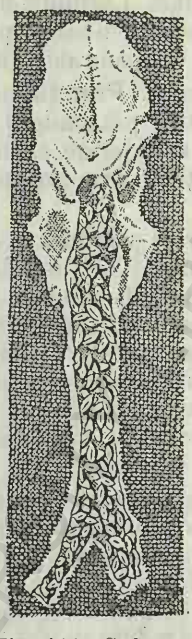


Fig. 186. Sufocare cu cereale.

sau reflexe patologice plecate de la locul obstruării către alte organe vitale.

Sub aspect morfologic, pe lîngă semnele generale de asfixie, vom constata un corp străin sau un bol alimentar anclavat la un anumit nivel în laringe sau căile respiratorii și evident cu reacții vitale sub formă de sufuziuni sangvine submucoase la nivelul său. Ori de cîte ori se adaugă aspirarea concomitentă a lichidelor de vărsătură, se va constata prezența acestora la manevra de comprimare a bronhiolelor (la copiii asfixiați cu lapte se evidențiază așanumitele „lumînări de lapte" la compresiune) precum și la examenul microscopic, cînd în alveole se vor evidenția elemente ale conținutului gastric (celule vegetale, fibre musculare, globule de grăsime etc.). Constatarea acestor particule la nivel alveolar are și valoarea unei reacții vitale. Concomitent se va constata o hiperemie a mucoasei bronșice, ca răspuns vital la acțiunea corosivă a sucului gastric. Aspirarea de lapte la copii (improprie numită „embolie de lapte") realizează, de asemenea, un emfizem acut asfixic, laptele fiind împins, deseori, pînă la nivelul alveolelor în cadrul manevrelor de reanimare, mai ales prin respirație gură la gură sau în timpul agoniilor lungi, așa cum o dovedesc experiențele cu conținut gastric colorat.

Asfixiile prin aer confinat se întîlnesc în submarine blocate, cazemate în care se trage continuu, mine obstruate, vagoane închise, frigidere etc. Asfixiile în WC, fîntîni, fose de contenție etc., se datoresc gazelor de putrefacție cum ar fi CO_2, H_2S etc. În aceste situații, O_2 este înlocuit cu gaze inerte (ex. N) sau toxice (H_2S) plecînd de la nevoia ca, într-un local închis, o persoană să aibă asigurat 1 m^3 aer pe oră (se are în vedere faptul că omul produce și 40 g CO_2/h).

Asfixiile inhibitorii se produc prin comprimarea vagului, iritarea nervilor laringieni, a sinusului carotidian, cu producerea de reflexe inhibitorii cardiace

sau bulbare. Leziunile asfixice sînt estompate, lipsind de regulă spuma serosangvinolentă bucală, pulmonul asfixic (cu edem, emfizem și hemoragii sau infarcte subpleurale), ficatul de stază (muscad) etc.

Înecarea. Prin submersie se înțelege producerea morții datorită asfixiei consecutive pătrunderii apei în căile respiratorii (moartea prin înec), iar prin imersie se înțelege aruncarea unui cadavru decedat prin alte cauze, în apă. Alții înțeleg prin imersie înecul propriu-zis iar prin submersie moartea reflexă în apă.

Moartea prin înec se întîlnește, mai frecvent, ca un act de suicid, cu excepția calamităților (inundațiilor) cînd riscul de înec accidental este maxim. În unele inundații catastrofale s-au produs astfel zeci de mii de victime. În evul mediu, moartea prin înec se reliza și ca pedeapsă, mai ales în caz de adulter, gravitatea punitivă fiind justificată de ideea de a nu introduce un element străin într-o succesiune feudală. Tot așa era și aruncarea în apă în saci cu vipere a femeilor bănuite de adulter sau a bolnavilor de variolă. Dar, moartea prin înec poate fi și un act criminal. Astăzi înecul recunoaște șase decese la 100 000 locuitori.

Înecul se poate produce în diferite medii lichide cum ar fi apa dulce și sărată, vinul, uleiurile, petrolul etc. sau în medii semilichide cum a fi noroiul, mîlul, păcura, smoala, nisipul umed etc. De asemenea, moartea prin înec se poate produce prin submersia în totalitate a corpului (în apa de rîu, lac, mare, în cada de baie etc.), sau prin blocarea orificiilor respiratorii exterioare într-o cantitate redusă de apă, mai ales la cei în stare de ebrietate, care prin anestezia etilică și paralizia reflexelor nu se pot autosalva. Afirmația că se poate muri înecat „într-un pumn de apă" devine o realitate probată de cazuistica medico-legală. Din acest punct de vedere, Bachus a dat mai mulți înecați decît Neptun, prin aceea că alcoolul fie că deprimă sistemul nervos și favorizează pătrunderea apei în laringe cu producerea unui reflex vago-vagal, fie că produce o hipoglicemie urmată de slăbiciune și confuzie ce favorizează înecul.

Apa exercită asupra organismului în primul rînd o agresiune anoxică (blocarea căilor respiratorii) și în al doilea rînd o agresiune mecanică (un adevărat șoc alveolar mecanic cu bloc alveolo-capilar și ruperea acestora) și termică (de scădere a temperaturii corpului). Inhalarea apei duce la scăderea nivelului de O_2 din sînge și creșterea CO_2 cu acidoză. Prezența apei în faringe poate determina un laringospasm, după care laringele se relaxează și apa pătrunde în pulmoni. Dacă laringele nu se relaxează, moartea se poate datora asfixiei acute (înec uscat). În acest mod, înecul poate fi primar sau secundar, prin pneumonii datorate corpilor străini inhalați. Cînd căile respiratorii sînt complet blocate de apă, se moare în circa 4′ în apă dulce și în 8′ în apă sărată. Pe lîngă aceste forme, grație celor trei tipuri de agresiuni exercitate de apă (anoxică, mecanică și termică), se pot realiza mai multe tipuri de înec, și anume o submersie-asfixie albă, inhibitorie, în circa unul din zece cazuri, o submersie-asfixie albastră și o submersie traumatică. Submersia de tipul asfixiei albastre se realizează ca o consecință a pătrunderii apei în căile respiratorii și apoi în sînge, ducînd la constituirea unor leziuni evidente de asfixie. Astfel, apa dulce escaladează alveolele și trece în circulația generală, în circa 2—3 minute fiind în stare să diminueze sîngele cu aproximativ 40—50 % din volumul său. Apa dulce, cu o concentrație osmotică mai mică decît a sîngelui, este atrasă de către acesta, producînd o hemodiluție și o hipervolemie marcată cu hemoliză și eliberare de potasiu (fig. 187). Consecutiv pătrunderii apei în circulația generală se declanșează următoarele fenomene hemodinamice: scade afluxul venos (prin creșterea tensiunii venoase și toracice), după care scade debitul diastolic și sistolic

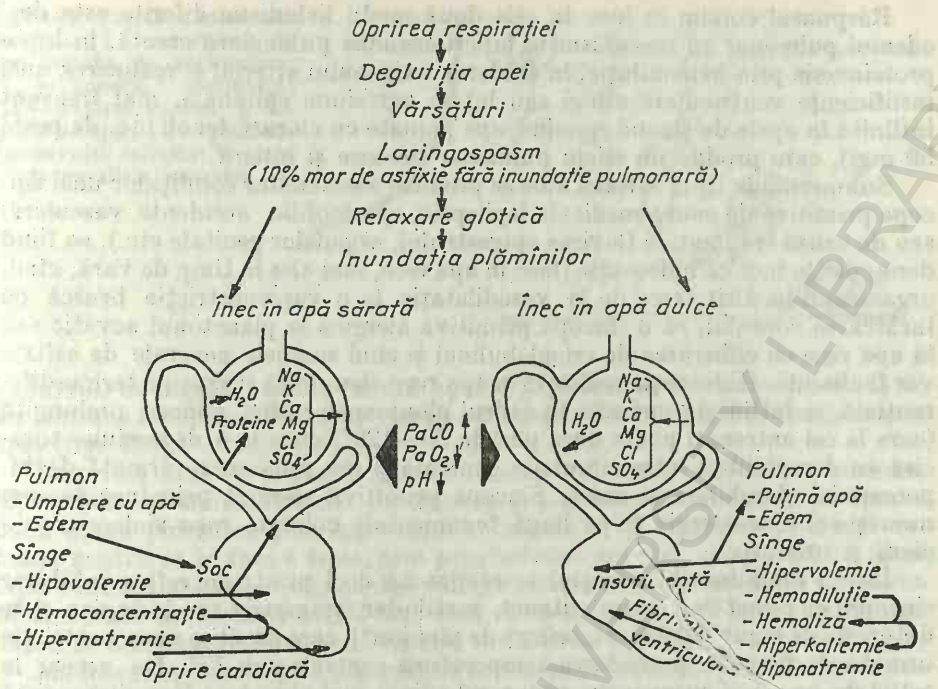


Fig. 187. Fenomene hemodinamice în înec.

și pe cale simpatică se realizează o vasodilatație în scopul menținerii debitului cardiac. Concomitent, scade tensiunea arterială și se creează condițiile stazei sangvine. Scăderea presiunii în mica circulație duce la pierderea cunoștinței prin reflex Valsalva (spasm laringian). Prin iritarea vagului, asistăm la efecte crono-, ino-, dromo- și batmotrope negative (reflex Golt), iar pătrunderea apei în laringe (ca și bolul alimentar) va produce o excitare a laringeului superior cu tulburări respiratorii. Apa dulce produce un baraj hidric alveolar ce persistă circa 30 minute, față de apa sărată, la care acest baraj persistă circa 3 ore, baraj care alături de spasmele bronșiolare vor reduce complianța pulmonară, generînd fenomene de insuficiență cardiacă și respiratorie acută. În apa dulce se moare, de regulă, prin fibrilație ventriculară consecutiv acțiunii potasiului eliberat prin hemoliză, edemul pulmonar fiind secundar insuficienței cardiace acute.

În apa sărată hiperconcentrată față de mediul intern, asistăm la fenomene fiziopatologice inverse, și anume, lichidele sîngelui sînt atrase spre pulmon, realizîndu-se un edem pulmonar intens seros sau hemoragic. Concomitent se produce hemoconcentrația și hipovolemia sîngelui, astfel încît, în 2—3 minute, se pierde aproximativ 40% din volumul sangvin. Experiențele cu substanțe radioactive au demonstrat indubitabil aceste fenomene hemodinamice. De aceea, moartea în apă sărată se datorește, în principal, edemului pulmonar acut primitiv (prin șoc și iritare alveolară) și nu secundar (prin supraîncărcarea patului vascular) ca în apa dulce. Mai rar edemul pulmonar are un mecanism umoral datorat hipoproteinemiei prin hiperdiluție (în apă dulce). Apa de piscină, poluată, produce o stare hemodinamică intermediară între apa dulce și apa sărată.

Răspunsul comun la înec în cele două medii lichidiene diferite este deci edemul pulmonar cu mecanism în hipertensiunea pulmonară creată, în hipoproteinemia prin hemodiluție, în scăderea oxigenului arterial și realizarea unei insuficiențe ventriculare stîngi sau într-o agresiune epitelială, mai frecvent întîlnită în apele de ștrand, piscine, ape poluate cu cloruri, fenoli etc. de peste 50 mg/l, care produc un edem pulmonar precoce și intens.

Submersia de tipul asfixiei albe se produce asemănător condițiilor unei sincope primitive de cauză medicală (epilepsie, spasmofilie, accidente vasculare) sau de cauză traumatică (lovirea epigastrului, organelor genitale etc.), ea fiind denumită în înec ca hidrocuție (înec în apă rece, mai ales în timp de vară, cînd, organismul încălzit trece de la vasodilatație la o vasoconstricție bruscă cu încărcarea cordului, ca o sincopă primitivă alergică la planctonul acvatic sau la apa rece cu eliberarea de crioglobuline) și cînd semnele generale de asfixie vor fi absente. Hidrocuția realizată în apa rece, denumită și sincopă termo-diferențială, se întîlnește mai ales în cadrul plonjoanelor cînd apneea prelungită (care la cei antrenați poate dura pînă la 30—120″) duce la o depresiune toracică cu dezechilibru între circulația generală și cea pulmonară urmată de hipercapnie, obnubilare și comă. Sincopa primitivă alergică prin înec se mai numește și hidroalergie și, pe lîngă tegumentele colorate roșu-violaceu, asociază și urticaria.

Înecul inhibitor (hidrocuția) se realizează deci printr-un reflex inhibitor sincopal cu punct de plecare cutanat, vestibular, epigastric sau laringian și se datorește de regulă apei reci („reflexe de plonjon"), care produce vasoconstricție urmată de frisoane și scăderea temperaturii centrale sub 35°. De aceea, la astfel de ape reci persoanele cu panicul adipos mai abundent (femeile) rezistă mai mult, supraviețuirea fiind mai îndelungată. Mecanismul de moarte în hidrocuție este asfixia mecanică sincopală, șocul prin excitarea zonelor reflexogene, termoșocul (sincopa termo-diferențială între apă și tegumente) sau crioșocul. Cînd corpul e cald și apa rece, riscul ischemiei cerebrale urmat de înec pasiv este posibil. În esență, hidrocuția este o sincopă inițială urmată de asfixie secundară, înecul-inhibiție fiind propriu omului. Înecul-inhibiție se mai produce și prin crampe musculare în apa rece, insuficiență coronariană în caz de angor, edem pulmonar de efort, sincope prin hiperextensie cervicală și hematomielie ca la plonjoane.

Submersia de tip mixt presupune declanșarea inițială a unei sincope urmată de pierderea cunoștinței și pătrunderea apei în pulmoni în fazele agonale. Acest tip de submersie se întîlnește mai ales la bolnavii cardiaci care fac diferite accidente în apă, sau se întîlnește ca o consecință a epuizării fizice la înotătorii neantrenați.

Sub aspect clinic, fenomenele din înec se succed în trei faze:

— în prima fază, după o perioadă de apnee voluntară determinată de surpriza accidentului (apnee care durează pînă ce în sînge se acumulează o cantitate de bioxid de carbon suficientă pentru a excita involuntar centrul respirator) urmează o perioadă de dispnee reflexă inspiratorie și apoi expiratorie, la începutul căreia glota se deschide și apa începe să pătrundă în căile respiratorii (faza de rezistență);

— în faza a doua se produce o hipercapnie progresivă, faza fiind delimitată de pierderea cunoștinței și debutul convulsiilor. În timpul acestor convulsii subiectul mai poate fi observat de exemplu ridicîndu-se la suprafața apei (faza convulsivă);

— în faza a treia de anoxie progresivă, marcată de începutul comei și echivalentă stării de moarte aparentă, asistăm la deprimarea progresivă a funcțiilor vitale cu oprirea respirației și apoi a circulației (faza morții aparente).

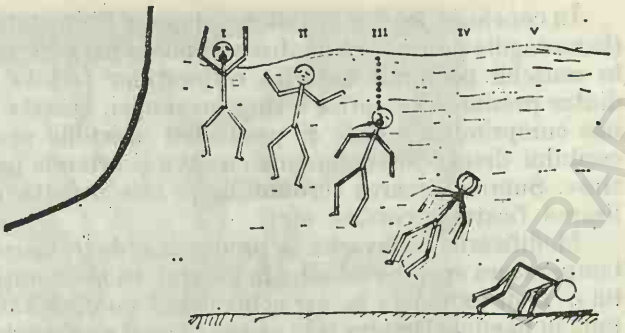


Fig. 188. Fazele clinice ale înecului; I — inspirul de aer înainte de scufundare; II — apneea voluntară; III — expirul aerului și inspirul de apă; IV — perioada de convulsii asfixice; V — faza de paralizie, moartea.

Cadavrul, de regulă, cade la fundul apei și va fi readus la suprafață odată cu declanșarea fenomenelor de putrefacție care evoluează în raport de temperatura apei (fig. 188).

În prima fază se produce apneea reflexă cu bradicardie, hipotensiune, hipercapnie și anoxie urmată de cianoză și pierderea cunoștinței. În faza a doua apare polipneea prin hipercapnie, tahicardia și creșterea presiunii venoase pentru ca în faza a treia, prin progresiunea anoxiei, să se producă fibrilația ventriculară și apneea. La debutul și evoluția acestor simptome se referea Shakespeare în Richard al III-lea, cînd spunea „ce zgomot groaznic de apă auzea în ureche și ce noapte de moarte urîtă avea în priviri".

Modificările morfologice din înec au fost descrise încă de A. Paré care constata existența apei în stomac, a ciupercii de spumă la orificiile buco-nazale, a excoriațiilor pe mîini și picioare ca modificări de tîrîre a cadavrului în apă.

Înecul produce o serie de modificări vitale datorită anoxiei prin înec, precum și o serie de modificări cadaverice datorită retenției cadavrului în apă.

Leziunile vitale produse prin înec și constatate cu ușurință la cadavrele recent decedate se referă, cu precădere, la semnele generale interne și externe de anoxie. Cele mai frapante modificări se află la nivelul pulmonului care poate fi hiperhidric (emfizem apos Brouardel), hiperaeric (balonizare uscată Strassman) sau mai frecvent hiperaerohidric. Expresia conflictului dintre apă și aer la nivelul pulmonului este edemul pulmonar acut seros sau hemoragic și emfizemul acut asfixic cu balonizarea pulmonului și imprimarea urmei coastelor pe suprafața sa (cu senzația vizuală că nu încape în cușca toracică). Dacă, pe secțiune, edemul pulmonar clasic are un aspect roz, lacat și omogen, în înec el are un aspect neregulat colorat, spumos și hidric. Mai rar, se pot întîlni și zone atelectatice sau echimoze subpleurale care dau pulmonului un aspect de „piele de panteră". Uneori se pot întîlni și epanșamente pleurale bilaterale, dar, mai frecvent, acestea se produc postmortal datorită transsudării lichidelor sîngelui în cavitățile pleurale. Aceste epanșamente postmortale coincid cu pierderea luciului seroaselor pleurale și cu imbibiția lor sangvină. Cordul drept apare dilatat și plin cu sînge lichid iar cordul stîng și venele cave apar exsangue, fenomen ce generează insuficiența acută a ventriculului stîng. În restul organelor se va constata o stază sangvină consecutivă barajului realizat de apă la nivelul plămînului și cordului drept. Prezența apei în stomac cu distensia sa și cu producerea unor fisuri la nivelul mucoasei gastrice nu are valoarea unui semn de certitudine de înec în timpul vieții, deoarece apa poate pătrunde aici și după moarte. Constatarea fisurilor gastrice și mai ales a apei în duoden (după moarte rigiditatea pilorului nu ar mai permite pătrunderea apei aici) ar putea avea semnificația îngurgitării vitale cînd cadavrul este descoperit în primele zile.

În concluzie, spuma nazală și pulmonul hidrostatic pun diagnosticul de înec (hemoragiile pulmonare, emfizemul pulmonar). Se mai pot constata hemoragii în mușchii pectorali datorită respirațiilor forțate. În raport de gradientul dintre presiunea osmotică a sîngelui și apei, aceasta va destinde și rupe alveolele comprimînd vasele și producînd asistolie acută prin supraîncărcarea cordului drept care împreună cu cava și arterele pulmonare vor fi găsite destinse. Supraîncărcarea cordului drept este urmată de hepatomegalie cu realizarea ficatului cardiac etc.

Modificările cadaverice se produc mai devreme sau mai tîrziu, în raport de temperatura apei. Se admite, în general, că în evoluția descompunerii cadavrului o zi de expunere la aer echivalează cu o săptămînă de ședere în apă și o lună în pămînt. Desigur însă că există mari variații de la această regulă, variații determinate în principal de temperatura mediului ambiant (în aer, iarna, ca și în apă, la pol, cadavrele se pot păstra mult timp prin congelare). Cronologia instalării modificărilor cadaverice la cei înecați permite însă o apreciere aproximativă a datei morții (tabelul 22). Astfel vara, temperaturi ale apei de 18° produc

Tabelul 22

Data morții la înecați (după B. Müller)

Timp post-mortem	Fenomene observate
Sub 12 ore	— Formarea pielii de gîscă (3—4 ore) — Începutul formării mîinii de spălătoreasă (3—4 h)
12—14 ore	— Mîna de spălătoreasă pînă la vîrful degetelor.
24—48 ore	— Pielea de spălătoreasă la picioare (48 h) — Coloratia roșie a capului (48 h)
7 zile	— Extinderea pielii de spălătoreasă la tot corpul — Începutul detașării pielii la mîini (6—8 zile) — Începutul colonizării cu alge (4 zile)
7—14 zile	— Dezvoltarea de alge la locul acoperirii cu haine (8—10 zile)
14—21 zile	— Vizibilitate slabă microscopică a fibrelor elastice în tegumente
21—28 zile	— Detașarea microscopică a stratului epidermic
1—2 luni	— Coloratia verde a 1/2 superioară a corpului (vara 1 lună) — Umflarea cadavrului, desprinderea unghiilor (vara 5—6 săptămîni) — Începutul apariției adipocerii
2—3 luni	— Coloratia în verde a 1/2 superioară a corpului (iarna) — Umflarea cadavrului, desprinderea unghiilor (iarna) — Începutul apariției adipocerii (iarna)

în primele zile o macerare a tegumentelor mîinilor (mănușile întîrzie macerarea) și plantelor (așa-numita mînă de spălătoreasă) (fig. 189) urmată de detașarea tegumentelor de la acest nivel sub formă de mănușă (mănușa morții). Această detașare se face, în general, în jurul a 3—4 zile de retenție a cadavrului în apă. La circa 10—12 zile, urmează căderea părului după care se produce macerarea tegumentelor și căderea lor în totalitate, cînd țesutul adipos subcutanat în contact cu sărurile din apă vor realiza fenomenul de saponificare denumit adipoceară și care duce la conservarea îndelungată a cadavrului. La temperaturi ale apei de 3° unghiile cad la 50 zile. Apa se comportă ca un mediu lichid septic și mobil ce influențează fenomenele cadaverice și produce o imbibiție ce

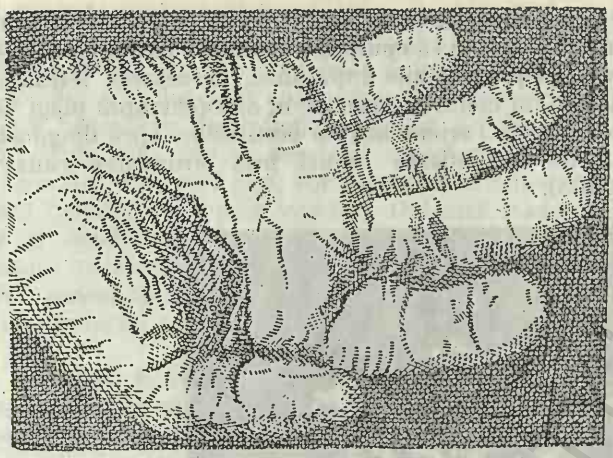


Fig. 189. Mînă de spălătoreasă.

împiedică deshidratarea (cu globii oculari hipertonici, ochi de peşte), detaşarea epidermului, putrefacţii ce încep la cap urmate de umflare gazoasă rapidă. În trei luni apare adipoceara şi în 4 luni încrustarea calcară a ţesuturilor. Consecutiv avansării fenomenelor de putrefacţie asistăm la lichefierea progresivă a organelor, transformarea lor în adevărate organe buretoase datorită veziculelor gazoase de putrefacţie şi, odată cu aceasta, la flotaţia (supranataţia) înecaţilor care se poate face pe distanţe foarte mari, pînă la 100—200 km în 5—6 zile. Deplasarea cadavrelor în apă se face în 3 faze: la început, avînd densitate superioară apei, cad la fund, apoi are loc supranataţia prin putrefacţie gazoasă şi în final deplasarea sub influenţa curenţilor de suprafaţă. În timpul vehiculării cadavrului de către apă, se poate lovi de baraje, stînci, pietre sau poate fi lovit de elicele vapoarelor producîndu-se multiple modificări postmortale (rupturi de tegumente şi ţesuturi, fracturi etc.) (fig. 190). În general, cadavrele de sex masculin sînt transportate de apă cu faţa în jos iar cele de sex feminin cu faţa în sus. Fenomenul semnalat de E.A. Poe în „Misterul Mariei Roget" se explică ştiinţific prin aceea că femeile, avînd o cantitate mai mare de grăsime pe abdomen şi aceasta fiind mai uşoară decît apa, prin volumul de apă dislocuit vor fi vehiculate în această poziţie. Fenomenul este de reţinut, deoarece la bărbat leziunile de tîrîre se vor constata mai ales pe mîini, genunchi, picioare, iar la femeie mai ales pe ceafă, fese, călcîie. Invadarea cadavrului de bacteriile luminescente poate produce fenomenul de fosforescenţă nocturnă a cadavrelor. Apa, în general, şterge în mod accentuat semnele vitale de înec. Astfel, apa spală hemoglobina infiltratelor sangvine, încît după un

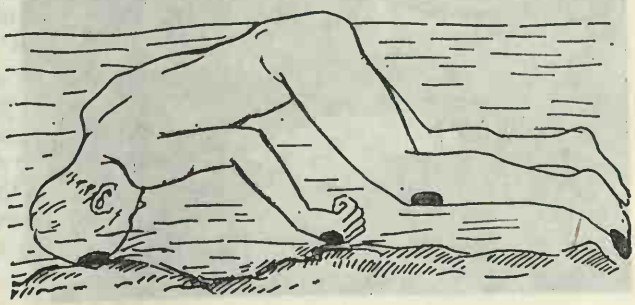


Fig. 190. Explicaţia leziunilor post-mortale.

timp oarecare se estompează caracterul vital al diferitelor leziuni. Examenul microscopic însă va trebui să epuizeze cercetarea reacțiilor vitale și în aceste condiții. Oricum, în primele zile după înec, cercetarea leziunilor vitale care explică moartea la un cadavru aruncat în apă (exemplu plăgi tăiate ale gîtului, violențe sexuale etc.) orientează cu certitudine spre diagnosticul de omucidere urmată de disimularea crimei prin aruncarea cadavrului în apă (fig. 191, 192, 193).

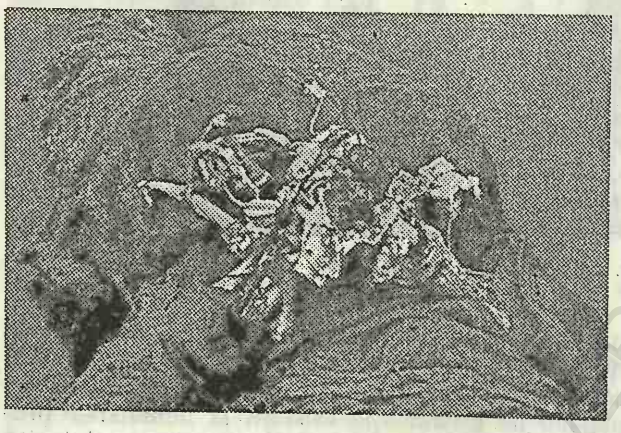


Fig. 191. Suicid prin înec cu mîinile legate.

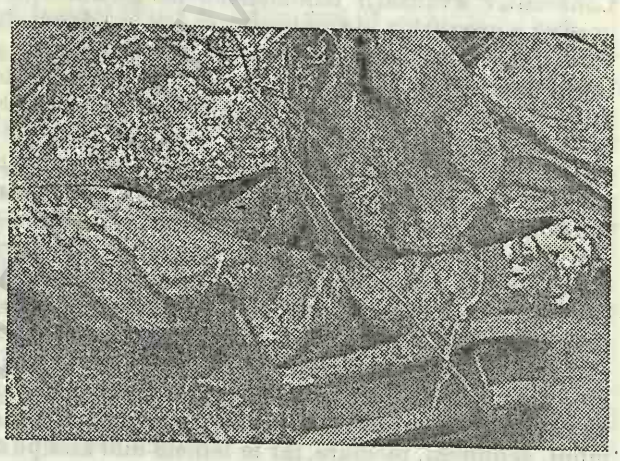


Fig. 192. Suicid prin înec cu adăugarea de greutăți.

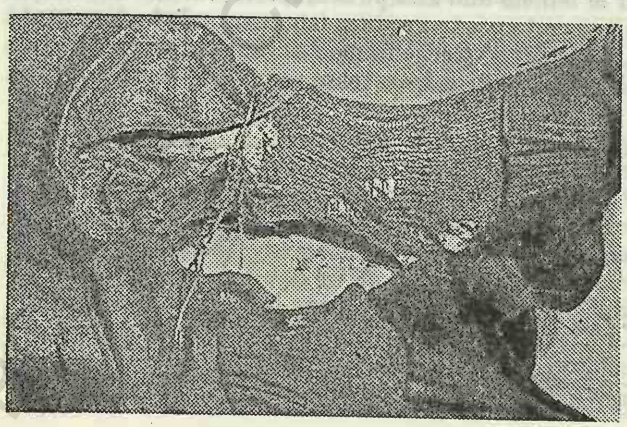


Fig. 193. Suicid prin înec cu legarea picioarelor.

Examenul microscopic completează în mod obligatoriu examenul macroscopic în scopul precizării diagnosticului medico-legal de asfixie prin înec. Este caracteristică astfel ruptura alveolelor pulmonare (emfizemul acut precoce datorită şocului alveolar prin apă), alveolita hemoragică şi edematoasă precum şi reacţia histiocitar macrofagică descrisă de Dérobert ca adevărată reacţie de corp străin din partea peretelui alveolar. Datorită hemodiluţiei şi anoxiei, celulele ficatului, mai ales, vor prezenta fenomene marcate de distrofie vacuolară (capătă un aspect vegetal). Datorită stazei hepatice, venele centrolobulare şi capilarele sinusoide vor fi destinse. De asemenea, sînt constante leziunile capilarelor sangvine cu microhemoragii în diferite organe.

La cadavrele putrefiate sau la cele la care semnele de înec sînt slab exprimate, o serie de explorări complementare vin în sprijinul diagnosticului medico-legal de înec.

Cercetarea hemolizei în sîngele periferic faţă de cord, în ventriculul drept faţă de cel stîng, ajută la precizarea diagnosticului de înec în apă dulce sau sărată în timpul vieţii, dacă de la moarte nu a trecut prea mult timp, deoarece se pot crea confuzii şi erori cu hemoliza produsă de putrefacţie.

În înec se aspiră circa 60 ml apă/kg corp, fapt ce duce la hemoliză şi hipokaliemie care asociată cu hipotermia prin apa rece duce la diminuarea filtratului glomerular. Dacă submersia durează 2' o cantitate de apă egală cu 1/3 — 1/4 din volumul sangvin intră în circulaţie, iar dacă a durat 3—4 minute, o cantitate de apă egală cu volumul sangvin al subiectului. Aceste fenomene osmotic — hemodinamice invederează amploarea hemolizei în înec.

Cercetarea punctului crioscopic prin metoda Carara arată creşterea sa în atriul drept şi scăderea sa în atriul stîng în apa sărată şi invers în apa dulce. Cercetarea diferenţei de concentraţie ionică între cele două ventricule se face astăzi prin ionograma sangvină.

În înecurile în ape poluate, constatarea unor substanţe chimice (fenoli, coloranţi etc.) în organele cu circulaţie terminală are valoarea unei reacţii vitale (vehicularea lor prin circulaţia sîngelui existentă în timpul vieţii) şi atestă deci înecarea în timpul vieţii.

Cercetarea planctonului acvatic, a diatomeelor (alge monocelulare închise în două valve silicioase) şi a unor protozoare (fito- şi zooplanctonul), are, de asemenea, valoarea unei reacţii vitale dacă se constată în organele cu circulaţie terminală (splină, rinichi, măduva oaselor), deoarece, după moarte, acest plancton nu depăşeşte, în general, pulmonul sau cel mult cavităţile cordului, cu excepţia presiunii apei marilor adîncimi. Constatarea aceloraşi forme de plancton acvatic atît în organe cît şi în mediul în care s-a produs înecarea reprezintă argumente ştiinţifice în plus în elucidarea diferitor versiuni de anchetă. Cercetarea planctonului se face prin tehnici speciale (metoda Tamaska) care implică distrugerea adecvată a organelor (fig. 194, 195, 196). Se va ţine cont de faptul că originea lor la înecaţi poate fi şi din aer, tutun (rezistă la ardere), alimente sau din apa de băut. Ele au de la 2μ la 1mm şi în lunile de vîrf (aprilie) apar în concentraţii de 100 milioane/litru.

Unele forme particulare de asfixie, printr-un fel de pseudoînec, se realizează prin îngropare în nisip, zăpadă etc. sau prin afundare în noroi, nămol, păcură. Îngroparea în terenuri afînate permite unele supravieţuiri (un nounăscut îngropat la 25 cm sub pămînt a supravieţuit 8 ore). Alte medii ca nisipul, nămolul, smoala etc. datorită tixotropismului lor (adică proprietăţii lor ca prin agitaţie mecanică să treacă de la o stare rigidă la una nerigidă) produc cele mai dramatice sufocări cu dificultatea degajării victimelor dintr-un astfel de mediu.

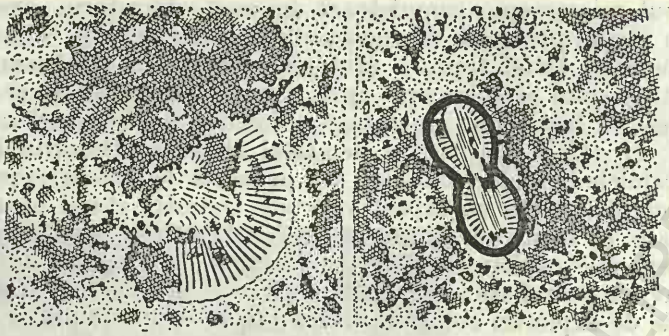


Fig. 194. Diatomee.

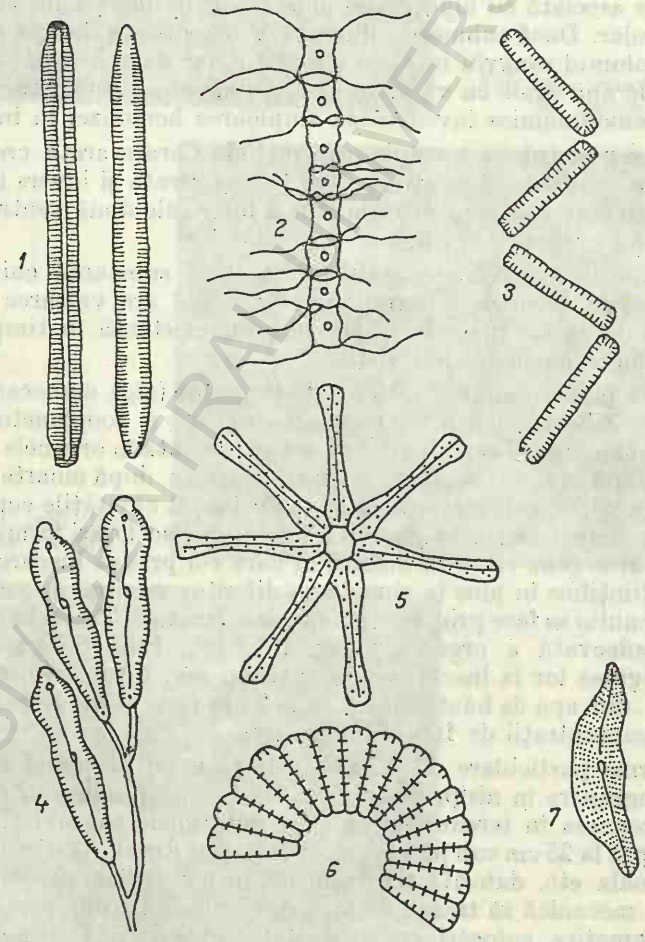


Fig. 195. Tipuri de diatomee.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

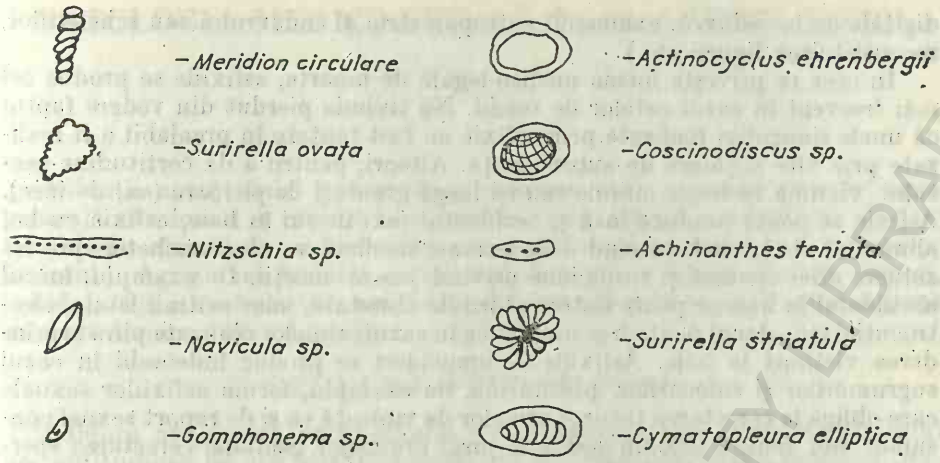


Fig. 196. Tipuri de diatomee.

Problemele medico-legale ale asfixiilor

Una din problemele medico-legale esențiale ale asfixiilor se referă la diagnosticul pozitiv de moarte prin asfixie. Faptul presupune eliminarea altor cauze de moarte disimulate printr-o formă oarecare de asfixie. În asfixiile în care semnele morfologice nu sînt evidente și deci, caracteristice, se va recurge, în mod obligatoriu, la explorările complementare.

Aprecierea momentului survenirii altor tipuri de leziuni traumatice față de momentul morții prin asfixie: rezolvarea problemei implică a lua în considerație trei situații:

— unele leziuni traumatice pot preceda manopera asfixică (lovirea capului în strangulări, tentative de suicid prin toxice înainte de spînzurare, lovire urmată de înecare etc.). În această situație se vor releva leziuni vitale la locul traumatismului precum și prezența sau absența semnelor de asfixie. În raport de caracterul vital sau postvital al acestor categorii de leziuni, se va da un răspuns științific la relația de cauzalitate dintre traumatismul prealabil și moartea prin asfixie;

— alteori traumatismul este contemporan cu moartea prin asfixie, așa cum se întîmplă în cazul leziunilor produse prin convulsii asfixice la cei spînzurați, prin lovirea capului de pietre la cei ce se aruncă în apă etc. Constatarea unor răspunsuri vitale în aceste tipuri de leziuni permite a aprecia momentul survenirii lor fiind simultan înecului, de exemplu;

— în sfîrșit, deseori, modificările postmortale sînt ulterioare morții prin asfixie, așa cum ar fi modificările cadaverice sau cele produse de rozătoare ori de animale la cei înecați, spînzurați etc. și la care lipsa caracterului vital atestă survenirea lor ulterior morții. Atunci cînd fenomenele cadaverice au făcut să dispară semnele vitale aparținînd altor violențe, nu se va putea emite o concluzie asupra cauzei morții (expertiză imposibilă științific), persistînd posibilitatea disimulării unei crime printr-o asfixie oarecare.

O altă problemă ce se cere rezolvată uneori se referă la identificarea cadavrelor, în care scop se recurge la toate metodele cunoscute (luarea amprentelor

digitale de la cadavru, examenul antropometric al cadavrului sau scheletului, reconstituirea figurii etc.)

În ceea ce privește forma medico-legală de moarte, asfixiile se produc cel mai frecvent în cazul actelor de suicid. Nu trebuie pierdut din vedere faptul că unele sinucideri realizate prin asfixie au fost tentate în prealabil a fi realizate prin alte mijloace de autoviolență. Alteori, pentru a da certitudine gestului, victima își leagă mîinile sau își leagă greutăți de picioare (ex. de înec). Asfixia se poate produce însă și accidental (ex. înecul în baie, asfixia cu bol alimentar etc.), cînd, plecînd de la leziune, medicul va oferi anchetei spre rezolvare orice ipoteză și suspiciune privind cauza morții. De exemplu, înecul accidental în baie se poate datora stării de ebrietate, unor aritmii letale, electrocuției etc., dar el poate fi și simulat ca în cazul crimelor realizate pin surprinderea victimei în baie. Asfixiile — omucideri se produc îndeosebi în cazul sugrumărilor și sufocărilor, putînd lua, de exemplu, forma asfixiilor sexuale care obligă la cercetarea tuturor urmelor de violență ca și de raport sexual consumat sau tentat (leziuni sadice în jurul organelor genitale, cercetarea spermatozoizilor în fundurile de sac vaginale și pe rufărie, cercetarea grupelor sangvine, ori de cîte ori există plăgi externe care au sîngerat, cercetarea leziunilor genitale sau corporale de violență etc.).

BIBLIOGRAFIE

1. Ceccaldi P., Durigon M., *Médecine légale*, Cujas, 1979.
2. Chenar D., *Texas raport on biology and medicine*, 1960, 2, 186.
3. Cutcudache C. și colab., *Medicina internă*, 1963, 10, 1265.
4. Gerin C., *I problemi med. leg. delle annegamento*, Roma, 1967.
5. Gupta sen., *Journal of the Indian Medical Association*, 1965, 3, 135.
6. Ivan N., *Elemente tipice și atipice în asfixiile prin spînzurare*, Consf. med. leg., București, 1968.
7. Isalberti H., *Rivista di medicina legale e leg. sanitaria*, 1961, 1, 65.
8. Mossinger I., Fiorentini M., *Ann. méd. lég.*, 1961, 2, 230.
9. Minovici N., *Studii asupra spînzurării*, București, 1904.
10. Moraru I., *Medicina legală*, Editura Medicală, 1968.
11. Papadopol S. și col., *Chirurgia*, 1962, 6, 917.

BCU IAȘI / CENTRU UNIVERSITAR

Diferiții agenți fizici pot produce moartea unei persoane prin acțiunea generală sau locală a căldurii sau frigului, prin acțiunea curentului electric tehnic sau atmosferic, a variațiilor de presiune atmosferică sau radiațiilor ionizante. Agresiunea termică acționează deci prin căldură (flacără, vapori, lichide), frig, curent electric, substanțe chimice sau prin acțiune actinică (raze solare, atomice, ultraviolete).

LEZIUNILE PRIN CĂLDURĂ

Căldura are asupra organismului efecte generale sau locale. Organismul are aptitudinea de a-și menține constantă temperatura, grație radiației (iradiere de căldură în mediul exterior după principiul radiatorului), convexiei (pierderea de căldură prin mișcarea aerului înconjurător după principiul ventilatorului), conducției (pierderii de căldură în contact cu un obiect mai rece după principiul sloiului) și evaporării. Termostatul homeostatic al temperaturii se află în hipotalamus.

În cadrul efectelor generale de perturbare a acestor mecanisme se reține insolația ca o acțiune a razelor solare și mai ales a ultravioletelor asupra capului, șocul hipertermic ca o excitare prin lezarea diencefalului la temperaturi înalte, și colapsul caloric, care duce cel mai frecvent la moarte. Leziunile talamice și hipotalamice paraventriculare cu necroze celulare, edem și hemoragii în cortex și cerebel ca și hemoragiile endocardice, pulmonare și suprarenale sînt constante în cazurile letale. Insolația poate, de asemenea, duce la moarte prin edem și hemoragie meningo-cerebrală sau prin insuficiență cardiacă acută, de natură centrală. La autopsie se va constata prezența stazei în organe ca expresie a colapsului, a sîngelui lichid, edemului pulmonar și cerebral, precum și a hemoragiilor gastrice.

Căldura are, mai frecvent, efecte locale cînd realizează *arsurile* de diferite grade ca profunzime și întindere, arsuri ce pot duce la moarte. Arsurile se pot realiza prin căldură radiantă solară (acțiunea razelor solare), gaze și vapori supraîncălziți, lichide fierbinți (untura fierbinte are o capacitate termică mai mare decît apa fiartă), flacără, obiecte incandescente, curent electric (cînd depind de intensitatea energiei electrice și durata de expunere) sau prin acțiunea unor substanțe chimice cum ar fi fosforul, napalmul (ce dezvoltă temperaturi de 1000°; napalmul este, de fapt, un amestec de benzină, crezol etc., la care, dacă se adaugă fosfor, temperatura de ardere se ridică pînă la peste 2000°) (tabelele 23, 24).

Tabelul 23

Clasificare etiologică a arsurilor (după A. Ionescu și colaboratorii)

- Agenți fizici
  - Căldură
    - Flăcări
    - Lichide fierbinți sau vapori supraîncălziți
    - Suprafețe încinse
    - Corpuri incandescente
    - Metale topite
  - Curent electric
    - Flama electrică degajată de arcul voltaic
    - Încălzirea excesivă a țesuturilor prin pasajul curentului
- Agenți chimici
  - Acizi și derivați
  - Alcali și derivați

Tabelul 24

Frecvența arsurilor în raport de agentul cauzal și vîrstă (după C. P. Artz)

Tipul accidentului	Frecvența arsurilor		
	Copii 0—14 ani	Adulți 15—64 ani	Peste 65 ani
Lichide fierbinți (opăriri)	42	8	13
Arsuri prin flacără	28	30	43
Criză epileptică	1	13	42
Alte arsuri (chimice, electrice, fulger)	29	49	2

Astăzi, mai ales în mediul de lucru, unele arsuri se pot datora exploziilor cu eliberare de gaze sau eclatării unor butelii cu gaz, cisterne etc. Explozia unor vase cu propilenă la Taragona a produs 300 decese prin șoc termic (2000°) și suflu de explozie. În aceste cazuri se produc leziuni de arsură termică sau chimică directe (mai ales la față) sau indirecte (prin aprinderea hainelor). De regulă, exploziile cu gaze inflamabile dau arsuri superficiale iar cele cu lichide, prin impregnarea hainelor, arsuri profunde. Proiecția victimei prin suflu sau a unor obiecte asupra organismului dau contuzii și plăgi consecutiv agresiunii fizice (exploziile dau fenomene de blast pulmonar cu rupturi alveolare, pneumotorax). La agresiunea termică se adaugă uneori și agresiunea toxic iritantă prin acțiunea fumului, gazelor toxice rezultate din arderea materialelor plastice, mobile cu vinilin și poliuretan ce degajă CO, HCN, oxizi nitrici etc. ce pot produce chiar intoxicații grave (cu edem traheo-bronșic, bronhospasm). În aceste împrejurări se produc rupturi pulmonare, leziuni asfixice prin CO, nitrogeni, cianide, distensia alveolară brutală consecutivă decompresiunii dată de unda de șoc (suflul are o undă de șoc și apoi o depresiune ce atrage victima spre centrul exploziei), cu pneumotorax, emfizem acut, embolii gazoase.

Sub aspect morfologic, arsurile sînt de 4 grade, și anume:

— gradul I (eritemul ce dispare la cadavru și interesează straturile superficiale ale epidermului. Cînd în vasele din epiderm sîngele va coagula, acesta va persista la cadavru);

— gradul II (flictenele superficiale localizate deasupra stratului bazal Malpighi și profunde cînd pătrund în derm și care au caracter vital ori de cîte ori conțin proteine, leucocite și fibrină, necesitînd a fi deosebite de flictenele postmortale sau din unele intoxicații cum ar fi cele din intoxicația cu oxid de carbon, cu toxice caustice etc.; în general nu se tolerează fără arsură o temperatură ce depășește 43°. Flictenele se produc la 75° iar escarele la peste 100°);

— arsurile de gradul III (însoțite de escare ce interesează și țesutul celular subcutanat și în jurul cărora domină leziunile microscopice vasculare);

— arsurile de gradul IV sau carbonizările, ce pot fi locale, ori de cîte ori arsura depășește țesutul subcutanat interesînd mușchii și chiar osul, sau generale, ce se pot solda cu calcinarea cadavrului. În carbonizări cadavrul se reduce în greutate și talie și adoptă o poziție caracteristică cu flectarea membrelor (poziție de boxeur), datorită coagulării proteinelor musculare. Această poziție poate fi adoptată de cadavru și în cazul arderii după moarte (fig. 197), de aceea atitudinile acestea bizare, de luptă, nu au legătură cu comportamentul victimei din momentul decesului. La cei obezi, lichefierea și inflamarea grăsimilor produc arsuri secundare. Pe cadavru se constată multiple fisuri

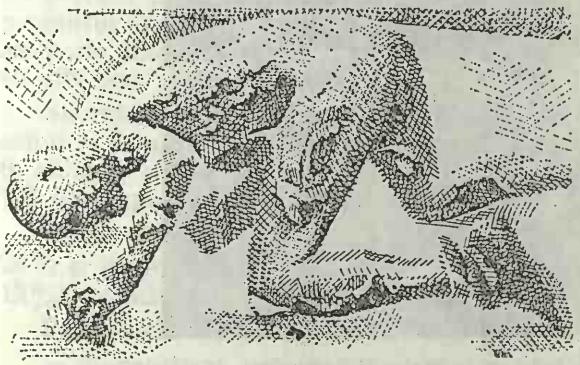


Fig. 197. Carbonizare cu poziție de boxer.

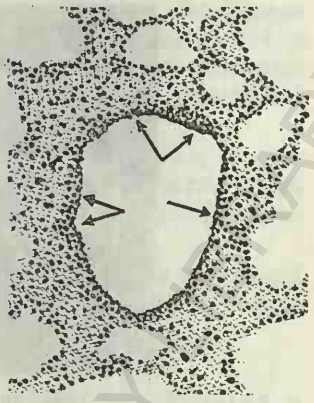


Fig. 198. Funingine în alveole.

ale tegumentelor, rupturi spontane de mușchi, fracturi postmortale cu distrugerea țesuturilor și ieșirea capetelor la exterior, prezența funinginii în jurul orificiilor respiratorii, în trahee, bronhii (fig. 198) (semn vital în carbonizările prin incendierea locuințelor) ca și prezența oxidului de carbon în sînge (reacție vitală ce arată indubitabil existența respirației în timpul morții). În carbonizări organele interne se conservă bine de către tegumente (ca într-o anvelopă) și o problemă deosebită se referă la identificarea cadavrului ce se face îndeosebi cu ajutorul examenului odontologic, deoarece dinții rezistă la temperaturi de peste 300°. Carbonizarea unui cadavru în scopul disimulării unei crime poate produce modificări postmortale particulare, cum ar fi hematomul extradural cu sînge lichid, necoagulat și neaderent de meninge, necrozele de coagulare ale creierului etc. (fig. 199). Tendința de înlăturare a crimelor prin arderea cadavrelor a fost cunoscută ca una din cele mai vechi metode de disimulare, dar, într-un cuptor obișnuit, dispariția unui cadavru adult nu se poate face înainte de 36—40 ore. Prin adăugarea de substanțe inflamabile, timpul se poate înjumătăți iar după dispariția totală a cadavrului rămîn circa 6 kg cenușă. În crematoriile moderne incinerarea se face în 50′ la 800°. Cercetarea microscopică a resturilor calcinate (cercetarea histologică a sistemelor haversiene pe resturi osoase în scopul precizării speciei) și cercetarea cadavrului carbonizat (examenul radiologic prealabil pentru cerceta-

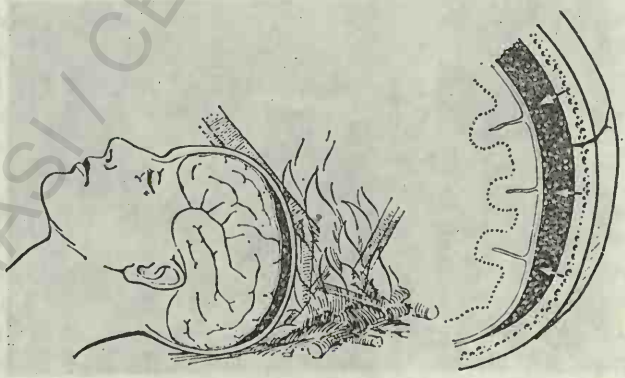


Fig. 199. Hematom extradural postletal (Ponsold).

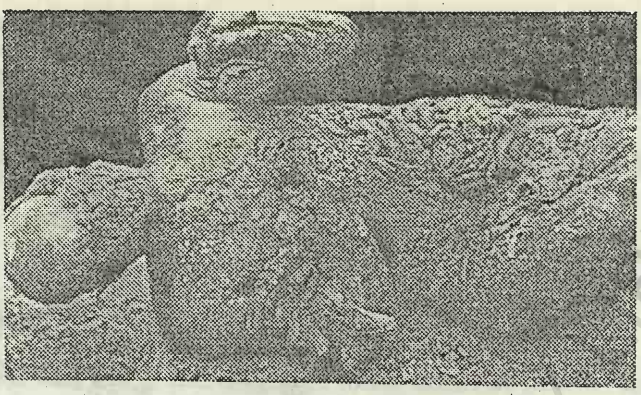


Fig. 200. Carbonizare în accident de trafic.

rea gloanțelor, examenul chimic pentru cercetarea toxicelor, examenul morfologic pentru cercetarea urmelor laturilor traumatice de asfixie ce persistă etc.) pot aduce date deosebit de utile și, uneori, singurele peremptorii, în scopul precizării cauzei morții și descoperirii violențelor exercitate asupra vieții (fig. 200, 201).

Arsurile produc și modificări generale, și anume ulcere gastro-duodenale Curling datorită trombozelor submucoasei, leziuni cerebrale (edem și microhemoragii meningo-cerebrale cu leziuni secundar distrofice ale neuronilor), leziuni pulmonare (embolii grăsoase plecate de la țesutul subcutanat sau de la fracturi), flebite urmate de embolii pulmonare, leziuni hepatice de tipul hepatitei seroase Eppinger urmată de steatoză și distrofii secundare, leziuni cardiace de tipul miocarditei seroase sau, în cazul insuficienței cardiace terminale cu leziuni de congestie centro-lobulară și ficat cardiac și în sfîrșit, leziuni renale cu tromboze și blocarea tubilor prin cilindri de mioglobină precipitată în tubi.

Complicațiile arsurilor sînt consecutive agresiunii termice sau toxico-iritante ce produc edem glotic și subglotic, traheobronșite, leziuni de blast, ca efecte imediate și flegmoane, erizipel sau tetanos (complicarea escarelor) ori cicatrice ca efecte tardive. Cicatricele pot fi minore (cu hipersensibilitate, fragilitate tegumentară, discromii, hipertrofii sau retracții cheloide) sau majore (cu retracții cutanate, poziții vicioase prin leziuni profunde).

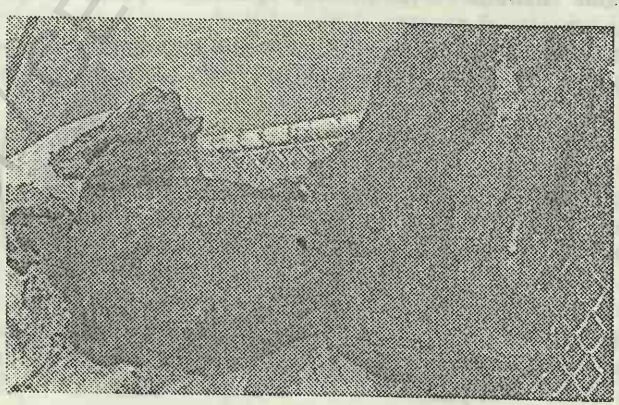


Fig. 201. Carbonizare în accident de trafic.

Prognosticul arsurilor depindea de profunzimea, suprafața, localizarea lor precum și de starea preexistentă. Regula Baux arată că suma vîrstei cu procentul ars sub 50 favorizează supraviețuirea, iar suma vîrstei cu procentul ars peste 100 scade supraviețuirea la sub 10%. Între aceste cifre, șansele sînt cu atît mai scăzute cu cît suma crește.

Suprafața arsurii se calculează după regula celor 9 a lui Walace, în care capul = 9, toracele anterior 9 × 2, posterior 9 × 2, membrul superior drept 9, stîng 9, membrul inferior drept 9 × 2, stîng 9 × 2. Arsurile ce depășesc 1/3 din suprafața corpului devin letale.

Într-o altă estimare, capul și gîtul = 6%, toracele 38% (fața anterioară 20% și posterioară 18%), membrele superioare 18% (mîinile 6% și brațele 12%), membrele inferioare 38% (gambele 12%, picioarele 8% etc.).

Problemele medico-legale ale arsurilor se referă la:

— diagnosticul pozitiv de arsură ce implică cercetarea amănunțită a leziunilor locale și generale specifice arsurii;

— forma de energie calorică ce a produs arsura și care se deduce din faptul că apa fierbinte produce arsuri descendente, fără interesarea părului, în timp ce flacăra produce arsuri ascendente, cu interesarea părului, precum și din faptul că unele hidrocarburi din substanțele inflamabile (benzină, petrol etc.) se pot impregna în hainele sau în așternutul victimei și sînt susceptibile de o analiză chimică;

— momentul survenirii arsurii implică cercetarea reacțiilor vitale la nivelul flictenelor (leucocite, fibrină, trombocite etc.), escarelor (reacțiile inflamatorii) sau organismului (dozarea carboxihemoglobinei sau constatarea funinginei în alveole), cît și constatarea existenței unor alte leziuni care au precedat arsurile (la carbonizați persistă substanțele chimice în organe, plăgile tăiate, șanțurile de spînzurare etc.) și care vor elucida faptul dacă arsura explică cauza morții sau arsura a survenit postmortem, în scop de disimulare a altei violențe. Incendiile produc ca reacții vitale necroza traheei cu depozite de fum, infiltrate inflamatorii în corionul traheei, necroze alveolare, edem și reacții inflamatorii și cu macrofage încărcate cu funingine în alveole precum și carboxihemoglobină;

— cauza morții în arsuri se poate datora șocului combustional (arsurile peste 60% suprafață corporală fiind rapid letale), complicațiilor secundare, mai ales infecțioase sau șocului cronic al arșilor în care domină leziunile renale și anuria. Evident că întinderea și profunzimea arsurii condiționează moartea, în care scop se utilizează metodele citate de calculare a suprafeței corporale arse (fig. 202). Un astfel de calcul poate da răspuns în sprijinul calificării unor tentative de omor, atunci cînd numai un tratament eroic a reușit să salveze victima care prezenta arsuri ce prin întinderea lor erau sigur și direct mortale;

— sub aspectul formei medico-legale de moarte, arsurile se prezintă, mai frecvent, ca accidente (sînt citate incendii de localuri publice, magazine, teatre, circuri etc. în care au decedat sute și chiar mii de persoane) și mai rar ca acte de suicid (suicidul prin autostropirea cu substanțe inflamabile și aprinderea hainelor) sau crimă. Astfel, în cîteva cazuri, constatarea urmelor de petrol în așternutul patului a prezumat stropirea criminală și aprinderea încăperii ce s-a confirmat apoi prin anchetă, după cum existența carbonizărilor

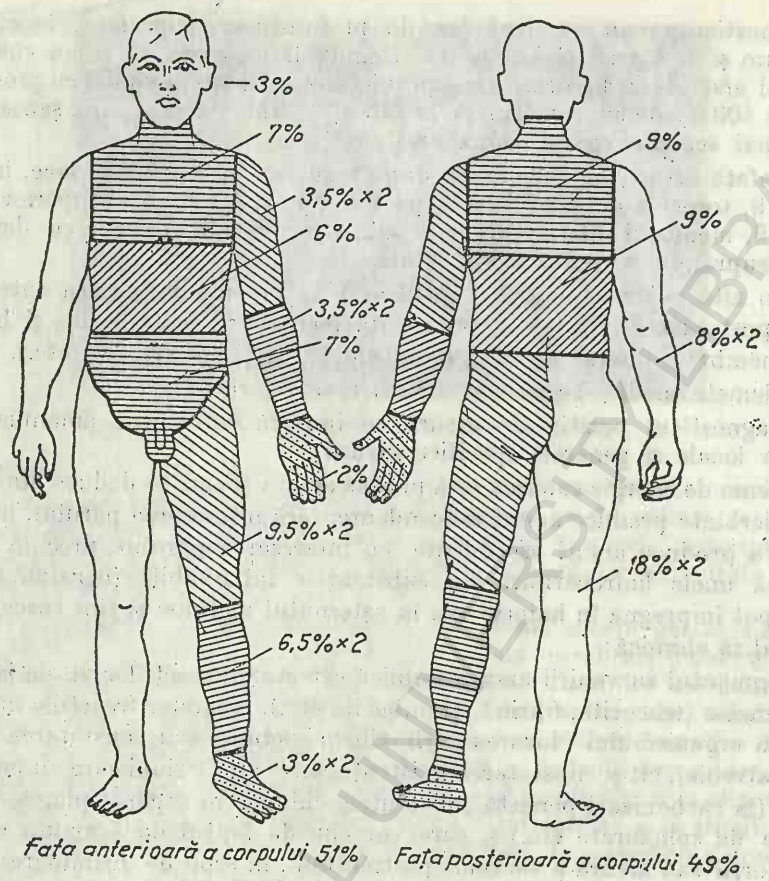


Fig. 202. Calculul suprafeței arse (Berkov).

numai pe partea ventrală la o persoană în stare profundă de ebrietate a prezumat stropirea criminală cu benzină în timpul somnului profund (fig. 203);

— în decese colective prin arsură (comorienți) se pune problema stabilirii succesiunii morții, dictată mai ales de motive civile sau de asigurări sociale, în care scop ne orientăm după următoarele indicii: cantitatea de carboxihe-

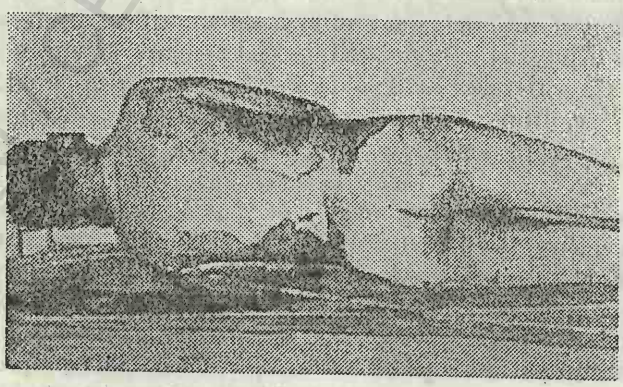


Fig. 203. Crimă prin arsură.

moglobină din sînge și distanța de sursa calorică, sexul, știut fiind că cei viguroși se autosalvează mai precoce față de femei și copii (la incendiul magazinului Charité au decedat 115 femei și 5 bărbați), vîrstă (tinerii supraviețuiesc bătrînilor), stările parafiziologice sau bolile concomitente care favorizează decesul etc.;

— în caz de supraviețuire se pune problema aprecierii medico-legale a prejudiciilor estetice și riscurilor arsurii pentru sănătate.

LEZIUNILE PRODUSE PRIN FRIG (HIPOTERMIE ACCIDENTALĂ)

Frigul are asupra organismului o acțiune locală (producere de degerături) sau o acțiune generală (producerea hipotermiei accidentale sau a refrigerației). Deși omul se adaptează mai bine la frig decît la căldură, frigul produce totuși un număr de decese, mai ales în anotimpurile reci, fie prin surprinderea în frig, fie prin diferite accidente patologice în condiții de frig. Hibernarea constituie, dimpotrivă, o reducere marcată a metabolismului pînă la starea de moarte aparentă sau viață latentă cu revenire în condiții favorabile de mediu (anabioză = revenire la viață). Hibernarea este facilă la unele animale (rozătoare, lilieci, urși) ce trăiesc pe seama rezervelor de grăsime în stare de somnolență și hipotermie (28° temperatură corporală), cu reducerea respirațiilor de la 40 la 12/minut și a metabolismului cu 35% și chiar cu nașterea de pui dar de greutate mică (400 g la urs), datorită lipsei hranei în perioada de hibernare. La arici, respirația se poate opri pentru 5—10 minute în atare condiții. Realizarea hipotermiei artificiale prin diferite metode (termocostum, răcirea sîngelui etc). la om constituie o metodă de creștere a rezistenței organismului prin reducerea consumului energetic și a nevoii de oxigen în intervenții chirurgicale dificile, cum ar fi cele pe cord deschis. La om, puterea de răcire a corpului depinde de temperatura mediului, natura ambianței (apa răcește de 20 ori mai repede decît aerul la aceeași temperatură) și viteza de deplasare a curenților de aer.

Sub aspect fiziopatologic, la agresiunea prin frig, organismul reacționează în trei faze:

— la început are loc o reacție de apărare prin producerea frisonului caracteristic, hiperreflectivității, hipertensiunii arteriale și altor semne de hiperactivare funcțională a organelor. La cei în stare de ebrietate, la bătrîni, copii sau bolnavi, această fază de apărare la frig poate lipsi, organismul comportîndu-se ca un poikiloterm la agresiunea prin frig. Aceste stări premorbide sau fiziologice constituie și factori favorizanți ai refrigerării;

— în faza de insuficiență relativă a funcțiilor vitale se produce o adevărată letargie prin frig cu deprimarea funcțiilor vitale. Această fază este similară hibernării sau morții aparente;

— în faza paralitică, numită astfel datorită paraliziei funcțiilor vitale, se produce moartea și prin faptul că aceasta se instalează pe nesimțite, fără conștiința pericolului și iminenței sale, moartea prin frig s-a denumit „moarte dulce sau albă". Moartea prin frig este „perfidă", fiind precedată doar de astenie, somnolență, euforie și senzație de căldură *(voluptas frigoris* care duce la delir, amorțeală și adormire în frig). Moartea albă nu se simte („este dulce") deoarece frigul produce o senzație de bine și beatitudine după care urmează anestezia ce precede letargia și înghețul. Iată moartea căpitanului Scott descrisă de St. Zweig: „făcea lucruri incoherente. Se plîngea de suferințe adevărate și închipuite. Îngroziți, înțelegeam din vorbele lui stranii că și-a pierdut

minţile, datorită chinurilor prin care a trecut. Trei oameni slăbiţi, epuizaţi, se tîrăsc prin nesfîrşitul pustiu îngheţat şi metalic, istoviţi şi fără speranţă. Doar instinctul elementar al conservării mai încordează tendoanele într-un mers şovăielnic". Se ştie astfel că Scott şi-a scris jurnalul pînă ce degetele i-au îngheţat şi condeiul i-a alunecat din mînă, o astfel de încordare supraomenească făcîndu-se în speranţa că jurnalul său va fi găsit şi va servi drept mărturie a unei conştiinţe umane ce a determinat la realizarea unei datorii.

Sub 33° apare faza de epuizare, sub 30° organismul se comportă ca un poikiloterm, pentru ca faza paralitică să apară la temperaturi ale organismului ce coboară sub 25—24°. Deşi fiecare organ are o rezistenţă specifică la scăderea temperaturii (aşa-numitul zero biologic, care pentru cord este de 21° iar pentru centrii cardiovasculari din bulb de 18°), scăderea temperaturii globale a corpului sub 24° poate duce la moarte.

Pentru alţi autori se sistematizează următoarele tablouri ale apărării la frig:

— Tabloul apărării maxime cînd mecanismele termoreglatorii normale sînt depăşite de frig, cu o fază de compensare fiziologică, insuficienţă relativă şi absolută.

— Tabloul apărării minime se referă la situaţiile cînd mecanismele de luptă cu frigul sînt insuficiente şi lipseşte frisonul ca reacţie de apărare (nounăscuţi, comatoşi, leziuni hipotalamice, agenezii de corp calos, septicemii cu gramnegativi).

Tabloul apărării intermediare asociază alterarea mecanismelor de apărare cu frigul intens (etilici).

Deci hipotermiei i se recunoaşte o fază reactivă (de apărare), alta de letargie (cu hiporeflexie, stupor muscular şi prăbuşirea termoreglării) şi faza paralitică (cu comă, areflexie şi aspectul de moarte aparentă).

În sfîrşit, alţi autori, vorbesc de un stadiu de compensare (cu hiperestezie, frison, poliurie), altul de insuficienţă relativă la 34° cu somnolenţă şi altul de insuficienţă absolută la 31° cu comă, aritmie.

În raport de cele de mai sus, hipotermiile sînt considerate lejere la 34°, moderate la 32° şi majore sub 25°.

Sub acţiunea frigului, curba de disociere a oxihemoglobinei scade în sensul că oxigenul se leagă mai tare de hemoglobină, fapt ce generează hipoxia. Concomitent se produce o disociere a circulaţiei centrale de cea periferică în scopul asigurării irigării organelor vitale, disociere care accentuează hipotermia, scăderea metabolismului şi duce spre moarte. Creşterea viscozităţii sîngelui suprasolicită cordul, după cum rigiditatea musculaturii respiratorii agravează tulburările respiratorii şi hipoxia. Răcirea concomitentă a gîtului accentuează, de asemenea, hipotermia, iar după scoaterea din frig temperatura mai poate coborî timp de 10—15 minute. ECG are un aspect de tip hipokaliemic cu hipercloremie şi hipernatremie. Frigul mai produce hemoconcentraţie, hiperleucocitoză, hiperazotemie, hipercoagulabilitate, eliberarea de enzime ca mărturie a unei citolize cu congelarea lichidelor organismului la —6° cînd apar cristale de gheaţă, ruperea membranelor celulare şi necroza.

Mecanismul tanatogenetic al morţii prin frig rezidă într-un stop cardiac datorită paraliziei conductibilităţii miocardului (aşa-numita moarte prin narcoză rece) sau într-o fibrilaţie ventriculară datorită hipoxiei miocardului şi intrării în acţiune a unor focare ectopice. De altfel, moartea prin fibrilaţie ventriculară este accidentul de temut şi în hipotermia terapeutică.

Persoanele în stare de ebrietate sînt în cel mai înalt grad expuse la moarte prin frig, deoarece alcoolul produce o paralizie a vaselor tegumentare care

accentuează pierderea de căldură (termoliza) și, în condițiile unei formări scăzute de căldură (termogeneza), corpul se răcește ca un corp fizic, pe nesimțite, ca un poikiloterm, moartea fiind deseori precedată de euforie, agitație sau delir, sub influența cărora subiectul recurge chiar la acte bizare și paradoxale cum ar fi dezbrăcarea hainelor etc. La etilici se asociază alterarea mecanismelor de apărare la frig cu frigul, în mecanismul instalării morții alcoolul camuflînd tulburările senzorio-motorii și psihice și ducînd la moartea dulce. Aceasta constituie de altfel și cea mai frecventă circumstanță de moarte prin frig alături de hipotermia din camere frigorifice sau prin avalanșe, cînd se adaugă asfixia prin blocarea căilor respiratorii, compresiunea toraco-abdominală, sindromul de strivire și șoc (hipopresiunea din fața avalanșei favorizează inhalarea zăpezii iar suflul antrenează victima pe culoarul de cădere al zăpezii). Hipotermia realizată prin aer rece poate produce și sindromul Hedbloon cu hemoptizii, spasme diafragmatice și crize astmatice.

Morfologia leziunilor prin frig. Sub aspect morfologic, ceea ce frapează în moartea prin frig este culoarea cadavrului care are o tentă roșie, datorită legării mai puternice a oxigenului de hemoglobină și scăderii curbei de disociere a oxihemoglobinei. În al doilea rînd, frapează leziunile ischemice generalizate care, mai ales în mușchi, realizează acea necroză hialină de tip Zenker (cu mușchi palid și friabil și ruptură a fibrelor la nivelul zonelor hemoragice) iar în glandele endocrine o citoliză cu epuizarea secreției lor. Sînt frapante, de asemenea, edemul și atelectazia pulmonară, cu producerea unor infiltrate leucocitare, cu atît mai intense cu cît supraviețuirea este mai îndelungată, necrozele pancreatice grase și hemoragice, degenerescența grasă cardiacă, dispariția glicogenului hepatic și necroza vacuolară centrolobulară, dispariția lipoizilor din corticala suprarenalei. Se mai pot întîlni infarcte miocardice, ulcerații digestive, bronhopneumonii, insuficiențe renale. Microscopic se mai constată edem și congestie pulmonară, bronhopneumonii, citosteatonecroze și hemoragii pancreatice, infarcte hepatice sau suprarenaliene, degenerescențe grase hepatice, miocardice, renale sau de tip ischemic (cu balonizarea mitocondriilor, sarcoplasmei), necroze ale cortexului cerebral.

Microscopia dinamică relevă că la început se produce o vasoconstricție capilară, apoi se deschid anastomozele arteriovenoase (hiperemie peristatică) ceea ce duce la stază venoasă. Are loc apoi aglutinarea hematiilor cu producerea de tromboze (endovascularita trombozantă) și în final necroza tisulară favorizată de precipitarea crioglobulelor eliberate de mastocite. Un fenomen cadaveric întîlnit în moartea prin frig este disjuncția suturilor oaselor craniene datorită creșterii de volum a creierului prin înghețare (fig. 204).

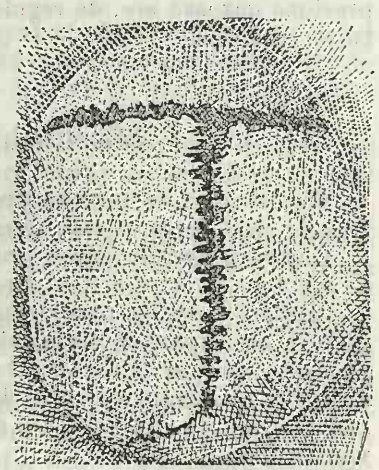


Fig. 204. Disjuncția postmortală a suturilor în îngheț.

Problemele medico-legale pe care le ridică moartea prin frig se referă la precizarea cauzei morții, în care scop, datorită faptului că leziunile macro- și microscopice nu sînt întrutotul caracteristice frigului, se va proceda prin excluderea altor cauze de moarte patologică sau violentă, pentru a rămîne în final la diagnosticul de moarte prin frig. Diagnosticul medico-legal al morții prin frig este deci un diagnostic negativ, de excludere a altor cauze de deces.

În cadrul celei de a doua probleme se va rezolva contribuția unor alte cauze de moarte (accidente cardiace, cerebrale, ebrietate, senescență etc.) la instalarea morții prin frig. Frecvent, accidentele prin hipotermie se datoresc unor cauze favorizante sau survenirii unui accident patologic în condiții de frig, care pune victima în imposibilitatea de deplasare.

În ceea ce privește forma medico-legală, moartea prin frig este un accident, dar poate fi și un act de suicid (mai ales în psihozele senile cînd are loc dezbrăcarea victimei, împachetarea hainelor, așezarea lor alături și culcarea pe gheață, pe zăpadă etc.) și mai rar un act criminal, de abandonare a unor persoane în imposibilitate de a se autoapăra (bolnavi, nou-născuți, caşectici etc.) în condiții de frig. Pruncuciderea prin omisiune (abandonarea nounăscutului în frig) recunoaște, frecvent, aceeași cauză de moarte.

Moartea prin *variații ale presiunii atmosferice* se poate întîlni în condiții de altitudine, la alpiniști, cînd scăderea presiunii atmosferice și rarefierea oxigenului produc accidente letale precedate de o simptomatologie de tip anoxic, simptomatologie descrisă atît de sugestiv de Hilari în ascensiunile sale.

În condiții de creștere a presiunii atmosferice, așa cum se întîmplă la scafandri, moartea se poate produce, mai frecvent, prin embolii gazoase, consecutive decompresiunii. În apă, la 1 m adîncime, datorită presiunii hidrostatice, toracele face un efort pentru a învinge cca 200 kg, fapt care face (prin antrenament, la pescuitorii de perle ce coboară la 18 m) cușca toracică să se reducă la 1/3 din volumul ei. La 30 m, presiunea N, O_2, CO_2 din pulmon se cvadruplează și gazele difuzează în sînge. Cu cît crește presiunea, cu atît sîngele absoarbe mai multe gaze. Cu decompresiunea, gazele, mai ales N, trec din stare lichidă în stare gazoasă, producînd embolii gazoase (decompresiunea face sîngele să barboteze ca sifonul). Aeroemboliile, emfizemul interstițial sînt consecința decompresiunii. La autopsii se găsesc pungi de aer în carotide („bubble trap") nu și în jugulare, atelectazii pulmonare, edem pulmonar tardiv. Fenomenele sînt similare cu asfixia atmosferică cînd gazele din sînge se eliberează brusc și dau embolii (microbule) prin decompresiune cu edem pulmonar, angajări bulbare prin hipertensiune intracraniană etc.

O modalitate de accidentare letală poate fi și utilizarea aerului comprimat în scop de joacă sau glumă, cînd, un astfel de jet sub presiune poate produce rupturi rectale, intestinale, embolii gazoase etc. Explozia unor obiecte sub presiune gazoasă are, de regulă, efecte traumatice dependente de felul obiectului explodat.

LEZIUNILE PRIN ELECTROCUȚIE

Electrocuția se rezervă producerii leziunilor letale prin curent electric, față de electrizare ce este rezervată leziunilor de arsură neletale.

Curentul electric tehnic produce un număr de morți în raport cu numărul de kV consumați. Cel mai frecvent, moartea prin electrocuție este o moarte accidentală datorită nerespectării normelor de protecție și tehnica securității muncii. Se citează și circumstanțe medicale de electrocutare, din care unele aberante, cum ar fi electrocutarea prin intermediul sorei ce atinge un aparat defect și transmite curentul la electrozii precordiali, sau la un curent de 10 mA pe o sondă endocavitară de la un aparat defect, cu producerea fibrilației ventriculare.

Accidentele prin electrocuție se pot produce fie prin atingeri directe de tip bifazic (bipolar), cînd corpul devine un șunt, sau de tip monofazic (unipolar),

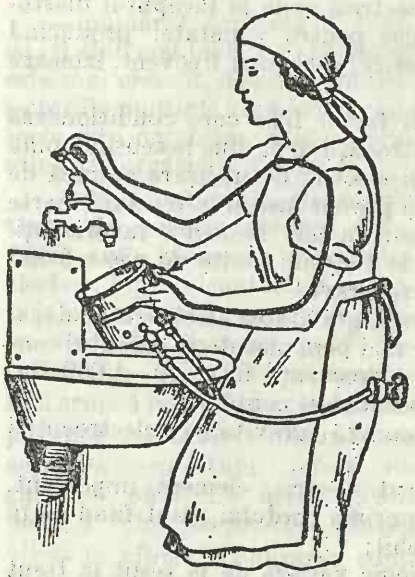


Fig. 205. Electrocutări prin atingeri directe (Popov).

Fig. 206. Electrocutări prin atingeri directe (Popov).

cînd corpul se interpune între doi conductori electrici sau între un conductor electric și pămînt. Alte electrocuții se produc prin atingeri indirecte ca în situația inducției, cînd orice conductor mecanic din vecinătatea unui circuit electric cu potențial ridicat prezintă un curent de autoinducție ce poate facilita electrocutarea (salvatorii prin contact cu victima, în incendii prin fibrele electrice în contact cu apa sau în apropierea de liniile de înaltă frecvență) (fig. 205, 206). Atingerile indirecte se mai pot produce prin intermediul jetului de urină, apă, arcului voltaic etc. Aici organismul atinge un obiect sub tensiune închizînd astfel un circuit electric (corpul are rol de rezistență electrică). În arcul voltaic, la tensiuni de 5 000 V, leziunile se produc de la 1 cm, iar la 100 000 V de la 35 cm. Arcul electric generează și temperaturi de 3 000—4 000°.

Sub aspect fiziopatologic, elementul principal al electrocuției este trecerea curentului electric prin corp sub forma buclei superioare (cu direcție mînă-mînă), buclei inferioare (cu direcție picior — picior) și buclei supero-inferioare (cu direcție mînă-picior).

Efectele curentului electric depind de factori fizici (dependenți de curentul electric) și de factori biologici (dependenți de organism). Aceste efecte depind în principal de formula amperaj × voltaj/rezistență.

Dintre factorii fizici, esențială este intensitatea curentului electric, care la 9 mA produce contracția musculaturii mîinii pe conductor, la 30 mA produce oprirea respirației prin tetanizarea musculaturii respiratorii, între 80 mA și 3 A produce fibrilație ventriculară, iar peste 3 A produce arsurile electrice. Astfel electrocuția este direct proporțională cu intensitatea obiectului atins și invers proporțională cu rezistența corpului. Limita de toleranță pentru om este de 30 mA, deoarece la 40 mA se pierde cunoștința iar la 100 mA survine moartea. Rezultă deci faptul că curentul electric de intensitate între 30 mA și 3 A este cel mai periculos pentru viață, deoarece produce tetanizarea musculaturii respiratorii și moartea prin insuficiență respiratorie sau fibri-

lație ventriculară, mai ales dacă excitația electrică cade la începutul diastolei. Peste 3 A curentul devine mai periculos pentru sănătate, producînd arsuri, carbonizări locale și necroze caracteristice, care, mai frecvent, izolează corpul la trecerea curentului.

Tensiunea curentului electric este un alt factor fizic care condiționează gravitatea electrocuției. Astfel, 80% din electrocuții se produc la tensiuni pînă la 500 V și mai ales la tensiunea curentului electric de utilizare casnică de 220 V. Un număr de electrocuții mortale s-au produs însă și la tensiuni foarte joase (40—80 V), datorită intervenției unor factori biologici favorizanți. La tensiuni medii, între 500—5 000 V sau la tensiuni înalte de peste 5 000 V, moartea se produce prin arsuri și necroze grave.

Felul curentului condiționează, de asemenea, gravitatea electrocuției deoarece curentul alternativ devine de circa 4 ori mai periculos decît curentul continuu. Curentul alternativ este periculos la o frecvență între 10—1 000 Hz, la o intensitate de 10 mA față de 50 mA pentru cel continuu.

Dintre factorii biologici care condiționează gravitatea electrocuției reținem:

— durata contactului cu sursa de curent electric, element important, deoarece contacte peste 1—3 secunde riscă oprirea cordului, știut fiind că în perioada sa refractară cordul nu este excitabil;

— rezistența organismului ca factor biologic variază de la țesut la țesut și de la organ la organ, în raport de structura și gradul lor de hidratare. Rezistența crește progresiv de la nervi, la sînge, mușchi, tegumente, grăsime, os. În organism curentul se răspîndește sub formă de evantai luînd de obicei calea vaselor sangvine, care, prin conținutul lor lichidian, devin bune conducătoare de electricitate. Ori de cîte ori în calea sa de trecere prin organism curentul electric va întîlni un organ vital, riscul de electrocuție va fi major. Rezistența globală a organismului este de cca 5 000 ohmi, dar, în raport de factorii menționați, rezistența corporală diferă. Astfel, pielea uscată, caloasă, are o rezistență de pînă la 50 000 ohmi (pielea cu bătături de 30 000 ohmi), iar pielea umedă are o rezistență neglijabilă, de 500—1 000 ohmi. Organismul izolat are o rezistență mare față de organismul neizolat. Oasele au o rezistență crescută față de organele parenchimatoase. În aceste condiții, un curent de 220 V devine fatal dacă rezistența organismului este de 2 000 ohmi; la rezistențe de 1 500 ohmi, un curent de 110 V produce o intensitate de 50 mA, ce devine de asemenea letală. Din cele de mai sus rezultă că starea tegumentelor explică variabilitatea cazurilor. Faptul explică electrocutările în cada de baie la 6—10 V;

— alți factori biologici incriminați în producerea electrocuției sînt afecțiunile prealabile ale victimei, debilitatea fizică, anemiile, boala Basedow etc., care scad rezistența organismului la trecerea curentului electric, față de antrenament, ebrietate etc. ce cresc această rezistență, situație similară condițiilor oricărui șoc traumatic. Întrerupătoarele automate ce au scopul de a preveni electrocuția acționează sub 0,2 secunde, tocmai în scopul de a evita fibrilația ventriculară, deoarece, ori de cîte ori durata întreruperii lor ar crește, prin includerea perioadei refractare a cordului, riscul de fibrilație ventriculară ar deveni major. În general profilaxia electrocuției se face prin disjunctoare cu pierdere de curent prin declanșarea automată și cu sensibilitate de 500 mA și prin prize cu pămîntul.

Ca circumstanțe ce facilitează sau cresc rezistența la electrocuție se reține:

— suprafața contactului cu organismul dependentă de suprafața conductorului electric. Contactele cu suprafață mare sînt mai periculoase decît cele cu suprafață redusă;

— numărul contactelor care, cu cît sînt mai mari, cu atît riscul este mai crescut, deoarece, în traiectoriile multiple ale acestor contacte prin organism, există riscul atingerii organelor vitale;

— felul contactului are importanță, deoarece un contact strîns facilitează trecerea curentului electric, față de contactele superficiale sau care aruncă mîna de pe conductor și permit supraviețuirea (fig. 207). Secusa musculară aruncă mîna de pe conductor, pe cînd tetanizarea favorizează acțiunea curentului (efect de „hold — on"). De aceea, „contactele sub 1" nu-s periculoase față de cele peste 1" cînd se produce fibrilația ventriculară;

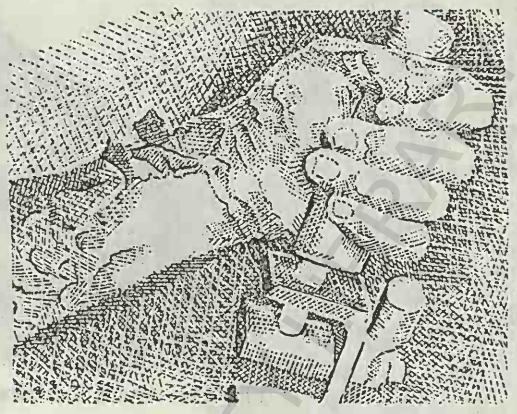


Fig. 207. Contacte strînse cu conductorul.

— în sfîrșit, localizarea contactelor este iarăși importantă, deoarece în contactele capului moartea se poate produce rapid prin inhibiția reflexă a funcțiilor vitale, față de contactele membrelor inferioare, unde moartea e evitată prin lipsa interpunerii, în traiectoria curentului, de organe vitale.

Efectele curentului electric sînt de natură calorică (efect Joule) consecutiv transformării energiei electrice în căldură, cu realizarea acelor arsuri electrice caracteristice. O altă categorie de efecte sînt cele electromagnetice și, în sfîrșit, cele chimice (electrolitice), de disociere electrolitică a diferiților constituenți citoplasmatici.

Moartea în electrocuție se produce prin mai multe mecanisme. Uneori se realizează semnele prealabile ale unei stări de șoc traumatic, dar ale căror faze sînt mult mai scurte. Astfel, în faza de excitație, victima poate executa diferite acte motorii de fugă, strigăt, de excitație cu confuzie și delir, ce se pot confunda cu ebrietatea. Inhibiția centrilor medulari se asociază deseori cu paraplegie la persoane ce supraviețuiesc. Alteori moartea se produce prin paralizie respiratorie de natură centrală (inhibiție bulbară în atingerile capului) sau de natură periferică (prin tetanizarea mușchilor respiratorii și realizarea unei asfixii mecanice în atingerile cu mîinile, toracele). Astfel, la 50 V se produc cîteva discrete convulsii tonico-clonice, dar la 100 V inhibiția nervoasă devine deseori inevitabilă. Moartea se poate produce și prin fibrilație ventriculară, mecanism mai frecvent incriminat (electrocuția albă), față de siderarea nervoasă ce echivalează cu o inhibiție. Se mai poate muri prin laringospasm sau colaps consecutiv siderării zonelor reflexogene cartotidiene. Rareori, moartea poate fi secundară complicațiilor produse prin arsuri, carbonizări etc.

În cadrul morfologiei leziunilor produse prin curent electric se reține, în primul rînd, arsurile electrice. Arsurile electrice se produc prin contact direct cu conductorul (electrocuție), prin flamă electrică (arc electric) și în realitate sînt efecte termice ale curentului. Aceste arsuri se datoresc fie rezistenței țesuturilor (de exemplu, os), fie încălzirii excesive a acestora de către curentul electric. Arsura electrică este o necroză de coagulare cu următoarele caracteristici: este nedureroasă, nesîngerîndă, gri-negricioasă, net delimitată de țesuturile din jur printr-un lizereu de culoare roșie datorită vasodilatației,

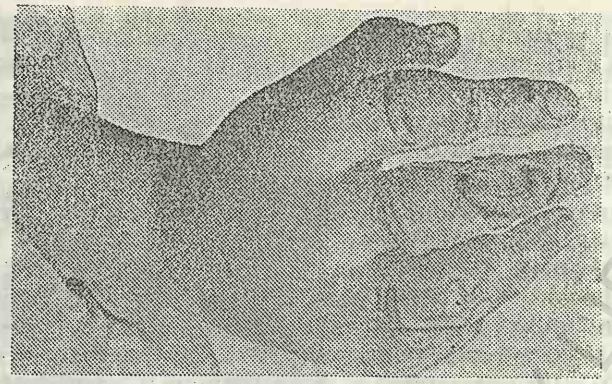


Fig. 208. Arsuri electrice (tentativă avort).

contrastant cu restul tegumentelor, uscată, cu tendința la pergamentare, rezistență la putrefacție și mai mult sau mai puțin profundă, putînd merge pînă la carbonizare. Cînd arsurile se datoresc flamei electrice ce aprinde hainele, ele au caracteristicile oricăror arsuri prin flacără. Alteori, în atingerile de înaltă tensiune, prin rigiditatea mîinii pe conductorul electric, se realizează arsuri întinse, chiar cu suspendarea corpului. De menționat că, cu cît tensiunea curentului crește, cu atît riscurile pentru sănătate și viață depind mai mult de gradul arsurilor, deoarece, la tensiuni înalte, efectele calorice ale curentului sînt foarte intense (fig. 208, 209, 210). Se citează astfel supraviețuiri prin carbonizări consecutive unor atingeri localizate la tensiuni de 10 000 — 20 000 V. Arsurile electrice devin probe pentru trecerea curentului prin corp, motiv pentru care, unele din ele, prin caracteristicile lor, s-au denumit marcă electrică. Marca electrică este, de fapt, expresia aceluiași efect termic și electrolitic al curentului electric și reproduce un veritabil negativ al electrodului de contact (fig. 211, 212, 213), deși pentru alți autori marca electrică este o leziune directă datorită trecerii curentului iar electrocuția o leziune indirectă datorită căldurii electrice. Ele nu au reacții vitale, sînt aseptice (tegumentele se sterilizează prin efect Joule), au un centru brun și o margine albicioasă (așa-numitul „li-

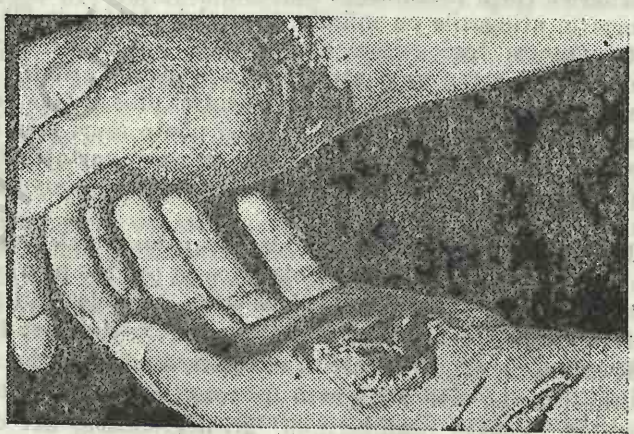


Fig. 209. Arsuri electrice (tentativă suicid).

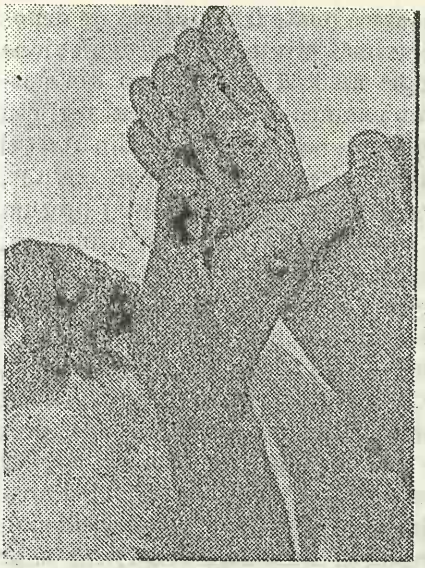


Fig. 210. Arsuri electrice (accident).

Fig. 211. Marcă electrică.

zereu de porţelan") şi secundar iau un aspect pergamentat datorită deshidratării brutale produse de curent. În circa 40% din cazuri marca electrică poate lipsi, mai ales cînd conductorii sînt laţi şi mari, fapt ce dispersează căldura în tegumente. Marca electrică se constată, de regulă, la locul de intrare al curentului în organism (mînă, cap, buze etc.), mai rar la locul de ieşire (picioare) şi excepţional pe seroase sau organele interne. Marca electrică trebuie căutată

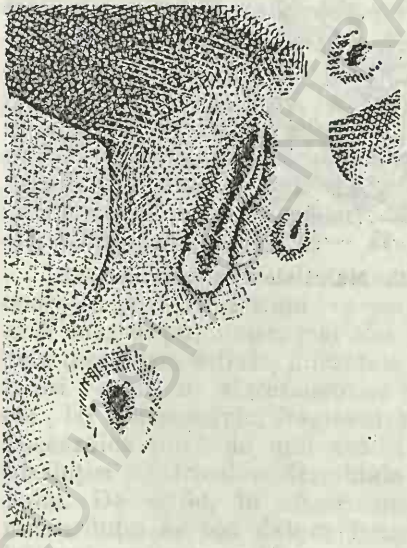


Fig. 212. Mărci electrice.

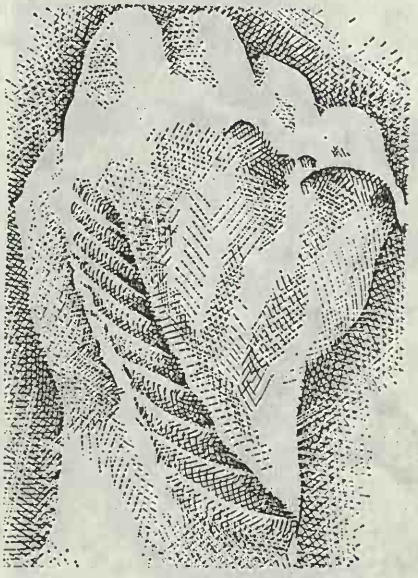


Fig. 213. Marcă electrică ce reproduce conductorul.

cu insistență, mai ales la locul de intrare, deoarece poate fi camuflată de depozitele de unsoare, funingine etc. sau poate fi ascunsă printre pliurile de flexiune ale tegumentelor. Cînd examenul macroscopic nu lasă certitudinea diagnosticului de marcă electrică, se va proceda la un examen microscopic al regiunii suspecte, care va evidenția o întindere (alungire) a celulelor bazale din stratul Malpighi cu edem sau emfizem subcutanat și cu producerea unor cavități (caverne) intradermice datorită efectului termic („alveole de căldură") precum și cu omogenizarea fibrelor conjunctive ce dau dermului un aspect uniform, omogen (fig. 214, 215). Acest aspect microscopic este expresia efectului caloric al curentului electric care produce o coagulare urmată de necroză (necroză de coagulare). Marca electrică seamănă microscopic cu o marcă de laser, ce apare de asemenea ca o înfundare în pîlnie, de 2—8 mm diametru și profunzime, dar la care lipsește metalizarea. Microscopic, în raport de intensitate, curentul slab și scurt dă tumefierea și omogenizarea stratului cornos, cel intens, prin căldură, produce alungirea celulelor bazale și aspectul liniar al nucleilor, iar cel foarte intens produce hemoragii perivasculare cu coagularea și modificarea colorabilității țesutului conjunctiv și muscular. La locul de intrare a curentului, în mușchi, se pot constata deci leziuni de necroză musculară sub forma unor benzi hialine musculare. În profuzime, sub marca electrică, datorită căldurii și acidifierii țesuturilor, fibrele musculare sînt spiralate și cu bazofilie marcată.

Edemul electrogen este o retenție acută de apă în țesuturi, cu aspect alb, dur, dureros, cu emfizem subcutanat și se datorește permeabilității vasculare crescute (vasoconstricție urmată de vasodilatație paralitică) sub influența

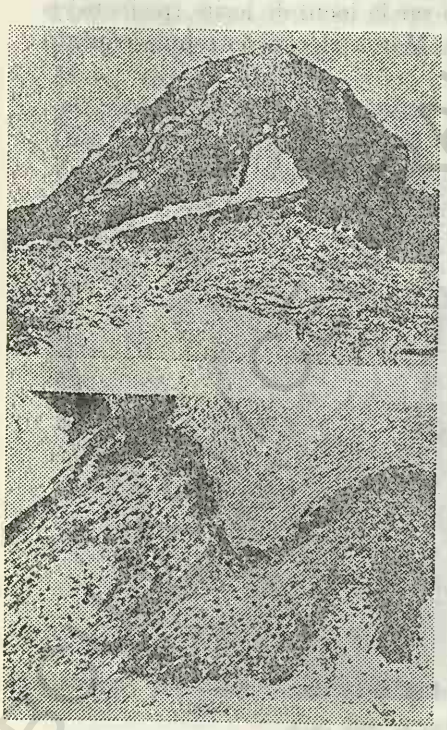


Fig. 214. Marcă electrică microscopică.

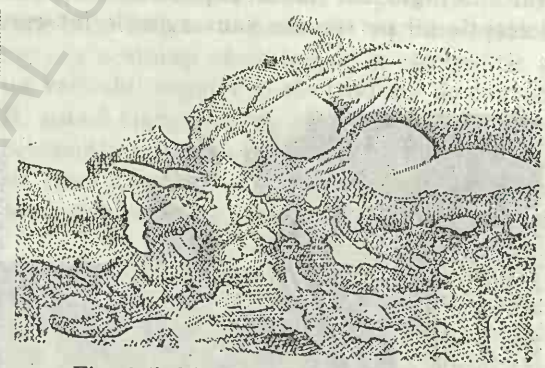


Fig. 215. Marcă electrică microscopică.

Fig. 216. Edem electrogen.

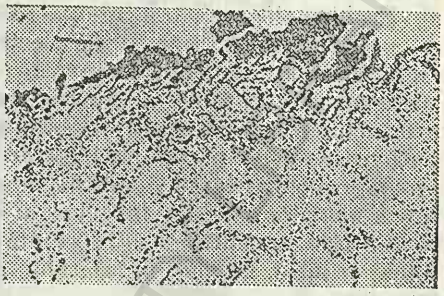


Fig. 217. Metalizare.

curentului electric. În atingerile capului edemul electrogen seamănă cu edemul Quinque (fig. 216). Uneori trombozele vasculare produc și gangrene corporale.

O altă leziune caracteristică electrocuției este metalizarea electrică consecutivă pătrunderii fragmentelor metalice din aliajul conductorului în tegumente. Pe lîngă impregnarea, uneori vizibilă, a acestor particule, ele se pot evidenția microscopic (fig. 217), sau prin reacția Skalos de detectare a particulelor metalice prin tehnici speciale (ex. evidențierea cuprului prin reacția cu acid rubeanic). Diagnosticul de electrocuție implică și alte explorări complementare, cum ar fi cercetarea leziunilor de la intrare prin metoda histochimică Pearce, cu ajutorul microscopiei electronice, reacția Timm cu sulfură de Ag ce diferențiază arsurile electrice de cele calorice (cînd particulele din conductor reţin Ag în epiderm), metodele fluorescente pentru Al etc. Cum histologic marca electrică se diferențiază greu de alte tipuri de arsuri, cercetarea acestor particule metalice de Cu, Fe, Al etc. capătă mare valoare diagnostică.

Electrocuția mai poate produce la locul de intrare diferite leziuni mecanice, cum ar fi rupturile de tegumente și țesuturi, emfizemul subcutanat, fracturile și necrozele osoase, scalparea tegumentelor capului etc. Aceste leziuni nu trebuie confundate cu leziunile secundare de cădere, consecutive electrocuției (fig. 218).

La un cadavru electrocutat se pot constata și alte leziuni nespecifice, cum ar fi edemul pulmonar, mai ales în moartea prin mecanism asfixic, infarctele de miocard la cei cu leziuni aterosclerotice coronariene etc., iar microscopic, fragmentarea fibrelor miocardice pusă de unii autori pe seama fibrilației ventriculare terminale a miocardului. De altfel, în electrocuție leziunile miocardului se pot datora fenomenelor de transmineralizare a fibrei, spasmelor coronariene sau anoxiei respiratorii.

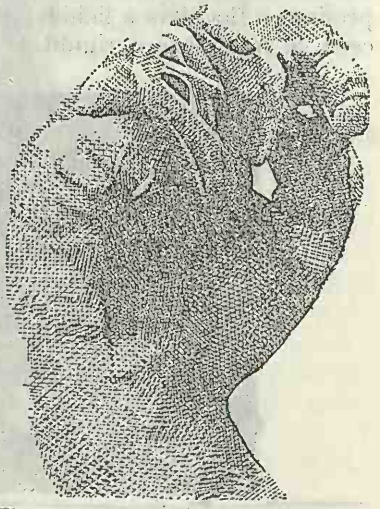


Fig. 218. Efecte mecanice ale curentului electric.

În caz de supraviețuire, electrocuțiile produc multiple sechele printre care paralizii, afazii, atrofii de nerv optic, epilepsii, cataracte, leziuni optice, insuficiențe renale prin necroze acute tubulare și mioglobinurie, pancreatite necrotice, perforații de organe cavitare, moartea fătului, lichidul amniotic fiind bun conducător de electricitate etc.

Problemele medico-legale ale electrocuției includ:

— Diagnosticul pozitiv de electrocuție ce obligă la cercetarea triadei victimă, loc al accidentului și sursă de electrocuție. Obiectul principal al cercetării medicale este victima, la care existența leziunilor de electrocuție și îndeosebi a mărcii electrice permite un diagnostic pozitiv. În situația în care leziunile patognomonice lipsesc, medicul are obligația înlăturării unei alte cauze de moarte coincidentă cu condițiile unei electrocuții și mai ales a morții subite sau a morților violente fără leziuni externe. Din coroborarea datelor obținute la autopsie cu cele de la fața locului și cu datele expertizei tehnice (triada Jellinek) rezultă, în mod indubitabil, diagnosticul judiciar de moarte prin electrocuție.

— În ceea ce privește cauza morții, în raport de intensitate și tensiune, vom constata leziuni de asfixie sau consecințe hemodinamice ale fibrilației ventriculare.

— Ca formă medico-legală de moarte, electrocuția este, în general, un accident. Se citează însă și acte de suicid cu ajutorul curentului electric sau chiar acte infracționale. Astfel, într-o tentativă de avort, partenerul a obligat victima să ia în mînă două fire electrice puse în priză. Omoruri prin culpă în cadrul electrocuției se întîlnesc atunci cînd sursa de curent electric este conectată cu clampa ușii pentru a face glume la intrarea în cameră sau cînd, cu ajutorul curentului electric se tentează trezirea unei persoane din starea de ebrietate etc. (fig. 219).

Fulgerația exprimă acțiunea curentului electric atmosferic asupra organismului, curent ce are o tensiune de milioane de volți și temperaturi de pînă la 20 000°. Fulgerul reprezintă o scînteie electrică cu mare tensiune și intensitate, care produce leziuni datorită hipertermiei brusce exercitată asupra corpului prin oscilațiile electrice de înaltă frecvență sau prin acțiunea sa combinată de natură mecanică, electromagnetică și chimică. Consecutiv acțiunii fulgerului se produce o floculare a lichidelor sinoviale cu coagularea proteinelor din mușchi, ceea ce realizează o rigiditate precoce. În același timp, se produc arsuri de

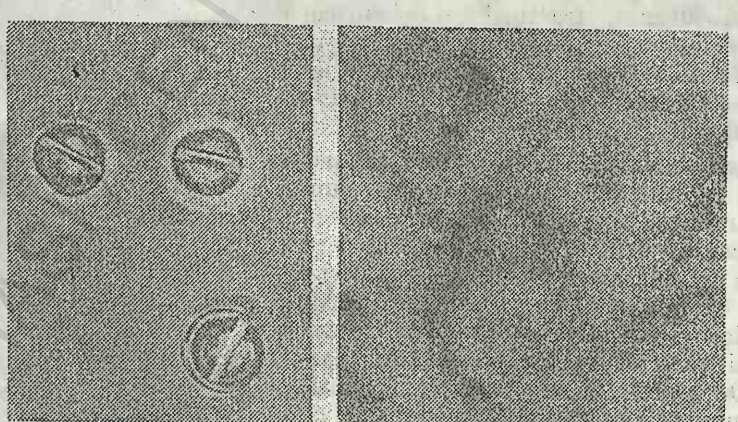


Fig. 219. Leziuni marker de electrocuție (stînga = conductor; dreapta = tegumente).

tipul eritemului arborizat (figura de trăsnet care nu este altceva decît o vasodilatație cu sau fără eritrodiapedeză, ca la arcul voltaic) în circa 20% din cazuri (fig. 220, 221) și de tipul arsurilor de gradul II și III în circa 50% din cazuri. Concomitent are loc o încălzire și magnetizare a obiectelor metalice existente asupra victimei (chei, ceasuri, catarame) iar podoabele de aur ating temperaturi de pînă la 1 000°, la care se volatilizează. Fulgerul produce și orificii aliciforme ale pielii sau leziuni secundare de cădere, ce nu se vor confunda cu alte tipuri de leziuni de violență. Mai rar a produs amputarea mîinilor sau chiar „despicarea" corpului. Moartea se poate produce la persoane izolate sau în grup, prin acțiunea curenților electrici atmosferici ramificați (curenți care „șerpuiesc pe pietre ca niște reptile arzînd") (fig. 222).

Fig. 220. Fulgerație (figură de trăsnet).

În cadrul suflului de explozie se produc o serie de leziuni consecutive presiunii aerului și proiectării obiectelor mecanice din jur, leziuni ce pot fi tanatogeneratoare. Suflul de explozie sau sindromul de „blast injury" are 2 forme cli-

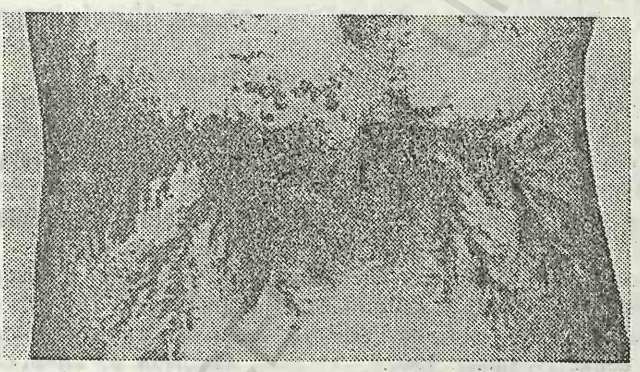


Fig. 221. Fulgerație (figură de trăsnet).

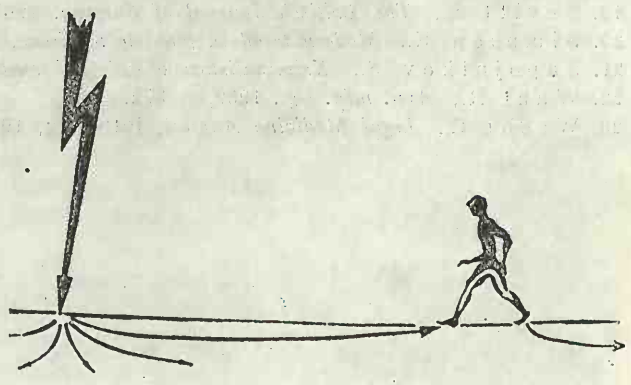


Fig. 222. Fulgerația cu curenți ramificați (Prokop).

nice, și anume: forma de „imersion blast" și forma de „solid blast". În aer, presiunea suflului de explozie dă leziuni grave, printre care leziuni pulmonare (rupturi de alveole, hemoragii pulmonare, pneumotorax, fracturi costale prin proiectare), leziuni abdominale (dezinserții de mezouri, explozii intestinale, hemoragii peritoneale), embolii grăsoase și hematoame subdurale etc. În apă, unda de presiune se propagă cu 1600 m/secundă în loc de 340 m/secundă ca în aer, ceea ce va duce la leziuni mult mai grave. Atunci cînd concomitent se adaugă acțiunea obiectelor mecanice (pămînt, pietre etc.) se poate realiza un „crush syndrom" descris de Bywaters, și anume o insuficiență renală acută prin nefroză hemoglobinurică secundară leziunilor tisulare de zdrobire a membrelor. Ca și în alte anurii posttraumatice, asistăm la o precipitare a miohemoglobinei în tubii renali, iar diagnosticul și legătura cauzală sînt ușurate de constatarea condițiilor accidentului, leziunilor traumatice, evoluției și datelor morfologice de insuficiență renală.

BIBLIOGRAFIE

1. Andreuzzi P., *Gazzeta Sanitaria*, 1966, 3, 1.
2. Andreuzzi P., și colaboratorii; *Lavoro umane*, 1965, 12, 585.
3. Avdeev I.M., *Sudebnaia Mediţina*, Moscova, 1976.
4. Cadariu Gh. și colaboratorii, *Medicina muncii*, Editura Medicală, București, 1967.
5. Camps F., *Legal Medicine*, London, 1970.
6. Desmarez J. J., *Manuel de Médecine Légale*, Bruxelles, 1967.
7. Ditz G., *Gerichtliche Medizin*, Leipzig, 1970.
8. Eliakis M., *Iatros dikastiki*, Atena, 1963.
9. Falk H., Pfeifer K., *Praktische Sektionsdiagnostik mit Schnellmethoden*, Leipzig, 1973.
10. Gustafson G., *Odontostomatologie médico-légale*, Londra, 1960.
11. Knight B., *Legal aspects of medical practice*, Londra, 1971.
12. Kiricinski V., *Sudebnaia radiologhia*, Moscova, 1970.
13. Manu P. și colaboratorii, *Radiațiile ionizante în igiena muncii*, Editura Medicală, București, 1958.
14. Nestorescu N. și colaboratorii, *Biologia arsurilor*, Editura Academiei R.S. România, 1967.
15. Pellegrini R., *Trattato di medicina legale*, Padova 1972.
16. Picos V., *Viața la temperaturi extreme*, Editura Științifică, 1976.
17. Prozorovscki I.V., *Sudebnaia mediţina*, Moscova, 1968.
18. Raekalio A., *Ann. Univ.*, Helsincki, 1967.
19. Sevitt S., *The Britisch Journal of Surgery*, 1967, 1, 32.
20. Simpson K., *Modern trend in forensic medicine*, Londra, 1967.
21. Sapojnikov S., *Kriminalistica o sudebnoi mediţina*, Moscova, 1972.
22. Wahl R., *Ann. méd. lég.*, 1959, 2, 372.
23. Wecht C., *Legal Medicine Annual*, Pittsburg, 1970—1977.

ASPECTE GENERALE DE TOXICOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Morbiditatea și mortalitatea prin intoxicații ridică importante probleme pentru practica medico-legală, atît în ceea ce privește cunoașterea factorilor de risc ai intoxicației, și de aici profilaxia lor, cît și în ceea ce privește stabilirea diagnosticului medico-legal de intoxicație în scopul elucidării judiciare a cauzei și condițiilor morții. Menționăm că primul versant de preocupări a dus la desprinderea din toxicologia medico-legală a acelei preocupări denumită toxicologie clinică, în virtutea căreia efortul pentru un prim ajutor competent, pentru un diagnostic prompt, pentru urmărirea tratamentului în funcție de evoluția toxicului în organism etc., a dus la vindecările spectaculoase actuale relatate de unele centre de patologie toxică. Concomitent, aceste centre sînt în măsură să dea informațiile de prim ajutor asupra oricărui gen de toxic din numărul enorm de toxice la îndemîna unei persoane (chimia a inventat 6 milioane substanțe noi ce nu există în natură și din care se folosesc 500 000) și să organizeze o acțiune profilactică de cunoaștere și prevenire a factorilor de risc de intoxicare într-o comunitate dată. În ceea ce privește cel de al doilea versant, și anume cel al investigației medico-legale, este de reținut că practica medico-legală nu se ocupă decît de intoxicațiile acute (intoxicațiile cronice făcînd obiectul unor alte discipline), iar necesitățile de diagnostic medico-legal în scopul elucidării împrejurărilor și toxicului incriminat se bazează pe progresele enorme ale metodelor moderne de explorare.

Prin toxic se înțelege orice substanță străină care introdusă în organism provoacă alterări funcționale sau organice ce determină și conturează o stare patologică denumită, îndeobște, intoxicație. Cu alte cuvinte, starea de intoxicație nu este altceva decît un răspuns al organismului la o agresiune toxică, răspuns care depășește limitele firești de apărare. Toxicele dau adevărate boli model deoarece toxicul în organism „lovește și apoi pleacă".

În intoxicațiile medico-legale o mare importanță o are stabilirea dozei minime letale (DML) în raport de care se apreciază tentativa sau omorul consumat. Prin DML se înțelege cantitatea minimă de toxic ce produce moartea unui adult. Pentru copii, DML este 1/3 din doza minimă letală a adultului. Evident că acțiunea toxicului se interferează cu o serie întreagă de factori favorizanți sau de rezistență care pot facilita moartea, factori ce pot conferi rezistență sau, dimpotrivă, sensibilitate crescută la doze mai mari sau mai mici de toxic (a se vedea tabelele 24, 26, 48).

Toxicele se clasifică după mai multe criterii. În raport de constituția lor chimică întîlnim toxice minerale sau organice, acizi sau baze, metale sau metaloizi etc. În raport de efectele lor asupra organismului toxicele pot fi hematice, nervoase, digestive etc. În clasificare medico-legală se acceptă împărțirea în toxice utilizate în scop de suicid — omucid, sau care produc intoxicații accidentale (tabelul 25).

Agresiunea toxică și conturarea unui tablou clinic mai mult sau mai puțin grav de intoxicație acută depinde de următorii factori:

— Factori dependenți de toxic, ce includ particularitățile de structură ale toxicului (în raport de structură, unele toxice sînt mai grave, alte mai ușoare

Clasificarea toxicelor

1. După originea naturală: Toxice — minerale, vegetale, animale

2. După caracterele fizico-analitice: Toxice — gazoase, volatile, fixe

3. Clasificare chimică: a) După proveniență — anorganice, organice

   b) După izolarea lor (Ogier) — gazoase, volatile, minerale, organice

4. Clasificare biologică:

   Clasificarea Rebuteau — hematice, nervoase, neuro-musculare, musculare, iritante (corozive)

5. Clasificarea farmacodinamică:
   - — Simpaticomimetice (adrenalina, efedrina)
   - — Parasimpaticomimetice (muscarina, pilocarpina)
   - — Simpaticolitice (ergotamina, iohimbina)
   - — Parasimpaticolitice (atropina, scopolamina)

6. Clasificare medico-legală: Toxice ce produc intoxicații — accidentale, în scop suicid, criminale, toxicomanii, intoleranțe medicamentoase, otrăviri simulate

7. După sursa lor. Toxice din: mediul casnic, mediul agricol, mediul industrial, alimente

8. Clasificarea Deleanu:

   a) Intoxicații endogene — de origine celulară (secreții), de origine microbiană, de origine parazitară

   b) Intoxicații exogene — accidentale, medicamentoase, alimentare, profesionale

9. Clasificare social-juridică — Intoxicații intenționale (voluntare) — sinucideri, omucideri, toxicomanii; Intoxicații accidentale (involuntare)

10. Clasificare patogenică — Toxice cu acțiune locală — iritative, caustice, necrozante; Toxice postresorbtive (cu realizarea unor sindroame de tip respirator, gastrointestinal, hepatorenal etc.); Toxice funcționale (acționînd în doze mari, produc paralizii metabolice, enzimatice, cu moarte rapidă, frecvent fără leziuni)

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ca, de exemplu, radicalul CN din cianuri față de compușii metalelor), afinitatea sa pentru anumite țesuturi și organe (barbituricele au afinitate pentru creier, fosforul pentru ficat, paraționul pentru colinesterază etc.), cantitatea utilizată (la cantități mari riscul letal crește), concentrație (acizii corosivi ca atare sînt deosebit de toxici, dar diluați mult, devin inofensivi) precum și de asocierea toxicului cu alte substanțe de natură toxică cu care își potențiază reciproc efectul.

— Factori dependenți de organism. Agresiunea toxică este condiționată, în primul rînd, de calea de administrare (calea respiratorie și parenterală fiind mai grave decît calea digestivă sau rectală), vîrstă (copiii și bătrînii avînd rezistență mai scăzută), specie (unele animale ingeră substanțe care sînt toxice pentru om, dar care devin inofensive prin distrugerea lor cu ajutorul unor enzime specifice: păsările distrug cantaridina, cornutele distrug atropina etc.), sex (sexul feminin are o rezistență mai scăzută, datorită, îndeosebi, stărilor parafiziologice), precum și de greutatea corporală (la copii toxicul se răspîndește într-un organism cu greutate mult mai mică).

Legat de reacția organismului față de toxic, se discută starea de obișnuință cu creșterea marcată a rezistenței organismului față de diferite toxice (exemplu morfinomania, arsenofagia etc.), sau starea de hipersensibilitate care poate duce la accidente foarte grave, de intoleranță. De exemplu, starea de hipersensibilitate, ca expresie a unei reacții adverse întîlnită la unele medicamente, poate lua forma idiosincraziei, a intoleranțelor de cauză genetică (ce rezidă în modificări ale unor proteine ce alterează biotransformarea substanței) sau forma alergiei (de cauză imunologică, cîștigată după sensibilizare). Reacțiile adverse de tip alergic îmbracă forma clinică a șocului anafilactic consecutiv eliberării masive de serotonină și histamină, forma citolizei acute a unor organe sau forma reacțiilor de tip întîrziat. Mecanismul genetic al unor intoleranțe este astăzi din ce în ce mai bine pus în evidență pentru substanțe de tipul hidrazidei, sulfamidelor, anestezicelor, antipaludicelor etc. La multe din aceste substanțe, prin deficitul ereditar de enzimă care să o degradeze, are loc acumularea substanței în organism care produce efecte toxice (lipsa glucozo-6-fosfatdehidrogenazei produce hemolize acute în tratamentul cu antimalarice de sinteză, lipsa pseudocolinesterazei nu permite inactivarea succinilcolinei sau dibucainei, care, în exces, va produce accidente de apnee prelungită cu ocazia intubațiilor etc.) (tabelul 26).

Tabelul 26

Factori ce condiționează intoxicația

A *Substanța* — origine, vechime; doză; concentrație; forma de administrare

DL 50 = cantitatea în mg/kg corp ce omoară 50% din animalele de experiment

Semnificația DL 50 (Hodge și Steaner)

Categoria toxicelor	DL 50 șobolan (per os)	Substanța
Extrem de toxice	sub 1 mg/kg	Alcaloizi
Foarte toxice	1—50 mg/kg	Derivați organo-fosforici, organo-mercuriali, DNOC
Moderat toxice	50—500 mg/kg	Metale grele, Pb, Mn, Cu, Co
Slab toxice	500—5 000 mg/kg	Ni, Fe, coloranți
Practic netoxice	5 000—15 000 mg/kg	Acizi organici
Fără efecte	peste 15 000 mg/kg	Substanțe alimentare

Tabela Gaubius

Copil 1 an = 1/5 din doza adult
Copil 2 ani = 1/12 „
Copil 3 ani = 1/6 „
Copil 4 ani = 1/4 „
Copil 7 ani = 1/3 „
Copil 14 ani = 2/3 „
Adult 20 ani = 2/3 „

B Subiectul

a) Modul de administrare (căi de pătrundere)
- — gastrointestinal
- — respirator (SH_2, CO, Cl_2, SO_2, Br_2, HCN, eter, cloroform, amoniac, CCl_4)
- — cutanat
- — parenteral (prin injecții)

b) Vîrsta, sexul, greutatea, starea de nutriție, predispoziția individuală (obișnuință, hipersensibilizare), condiții patologice.

c) Comportarea substanței în organism
- — Absorbție și difuziune
- — Transformare prin: oxidare, reducere, hidroliză, metilare, conjugare
- — Localizare cu precădere în unele țesuturi și organe
- — Eliminare și acumulare

Mecanismul de acțiune al toxicelor este din ce în ce mai bine precizat astăzi ca fiind un mecanism de acțiune enzimatică, toxicul avînd aptitudinea de a distruge sau bloca diferite enzime și în acest mod de a produce efecte patologice. De exemplu, ionul CN din cianuri inhibă fierul fermentului respirator Warburg, producînd fenomene de anoxie histotoxică. Ionul fosfoniu din paration produce blocarea colinesterazei, în urma căreia acetilcolina în exces produce fenomene nicotinice, muscarinice și de sistem nervos central. Exemplele s-ar putea multiplica. Alteori, din combinarea toxicului cu enzimele rezultă substanțe mult mai toxice pentru țesuturi, fapt ce a dus la afirmația că, în aceste împrejurări, enzima se sinucide.

În majoritatea intoxicațiilor, ficatul, rinichiul, pulmonul etc. sînt organe țintă. De regulă, substanțele liposolubile acționează pe hepatocite, iar cele hidrosolubile pe tubi. Acțiunea toxicelor se exercită direct prin idiosincrazie sau hipoperfuzie ce duce la anoxie. La rinichi intervine și reabsorbția și concentrarea toxicului. În pulmonul de șoc acțiunea se exercită direct pe cale citotoxică prin activarea proteazelor cu scăderea surfactantului, prin hipoperfuzie cu vasoconstricție sau alterarea endoteliului vascular. Alterarea raportului ventilație — perfuzie are efect de șunt patologic local (cu atelectazie) sau difuz (cu edem interstițial). Exemplele de acțiune patogenică s-ar putea multiplica pentru fiecare organ în parte.

De mare importanță practică medico-legală este cunoașterea simptomelor clinice produse de diferite toxice. Datorită multitudinii toxicelor, în practica medico-legală, frecvent, din antecedente nu putem stabili cu certitudine toxicul incriminat, motiv pentru care apare utilă gruparea toxicelor în jurul simptomelor majore pe care le produc (conturînd astfel sindroame clinice toxice), cu aptitudinea de a ușura investigația medico-legală. De exemplu, dacă anturajul relatează că victima a decedat cu convulsii, medicul se va orienta și va avea șanse de a detecta mai ușor un toxic din grupa toxicelor convulsivante. Această delimitare a toxicelor de cercetat este utilă expertizei, deoarece,

în lipsa indicațiilor privind simptomele de deces sau urmele de toxic lîngă victimă, toxicologul riscă, deseori, epuizarea materialului de analizat fără a putea stabili toxicul incriminat.

Sindromul de encefalopatie toxică se manifestă prin trei categorii de simptome, care pot frapa anturajul sau pot fi constatate de medic înainte de deces. Astfel, starea de comă se produce prin barbiturice, opiacee etc., ca simptom predominant la astfel de toxice, convulsiile se produc prin excelență la stricnină, paration etc. iar starea ebrioasă frapează în intoxicațiile cu CO, morfină etc.

În cadrul sindromului gastro-intestinal se vor constata producerea vărsăturilor, tranzitul accelerat, deshidratări etc., la toxice luate *per os*, cum ar fi acizii, bazele, unele metale etc.

Sindromul de nefropatie toxică se realizează frecvent în intoxicațiile cu mercur, cantaridă etc., atît datorită dublei expuneri a nefronului la toxicul din sînge și urină cît și reabsorbției tubulare cu concentrarea toxicului.

Sindromul respirator se realizează mai ales la toxicele inhalate cum ar fi amoniacul, cianurile, sulfurile gazoase etc. și el constă dintr-o insuficiență respiratorie acută cu cianoză și edem pulmonar.

Sindromul umoral se întîlnește la toxice de tipul celor hematice (coloranți toxici, metale) sau de tipul acizilor și bazelor, cînd realizează anemii și hemolize marcate, acidoze sau alcaloze etc. (tabelele 27 →42).

Tabelul 27

Simptome clinice în intoxicații

1. *Sindromul comatos*
   a) cu stare de stupor sau ebrioasă: barbiturice, hipnotice, tranchilizante nebarbiturice, clorpromazină, alcool, solvenți organici, salicilați, opiacee;
   b) comă cu coloratie roz — roșie a pielii: CO, cianuri;
   c) comă cu cianoză: organofosforate, toxice respiratorii;
   d) comă cu agitație; alcool, antihistaminice, atropină, cocaină, santonină, salicilați, organoclorurați etc.
2. *Sindromul psihic*
   a) cu stare ebrioasă: barbiturice, alcool etilic, CO, eter, cloroform, tetraclorură de carbon, sulfură de carbon, camfor, chinină, cocaină, atropină;
   b) cu delir: solanee (datura, beladona), ciuperci *(Amanita panterina* și *A. muscaria)*, alcoolul etilic, tetraetilplumb.
3. *Sindromul neurologic*
   a) cu convulsii și contracturi: stricnină, acid oxalic, săruri de bariu, camfor, nicotină, secara cornută, sulfură de carbon, insecticide organo-fosforate sau clorurate, naftalină, hidrazida acidului izonicotinic, etilenglicolul, aminofilină etc.
   b) paralizii acute: coniina, aconitina, curara, succinilcolina, parationul.
4. *Sindromul senzorial*
   a) cu amețeli: chinină, salicilat
   b) surditate: neomicină, streptomicină
   c) ambliopie: chinină, alcool metilic
   d) discromatopsii: digitală, santonină, piperazină, chinacrină
   e) mioză: organofosforate, morfină, prostigminâ, rezerpină
   f) midriază: aconitina, ciuperci *(Amanita muscaria* și *A. panterina)*, atropină, chinină, cocaină, colchicină, DDT, alcoolul metilic, hidrogenul sulfurat.
5. *Sindromul termic*
   a) cu hipertermie: anilina, atropina, DNOC, cocaina, bromura metil, sulfamide, tetraclorura de carbon;
   b) hipotermie: arsen, barbiturice, cloralhidrat, clorpromazină, morfină, nitriți, fenoli;
   c) cu transpirații marcate: paration, *Amanita muscaria*, salicilați, pilocarpină.
6. *Sindromul gastrointestinal* (în intoxicații cu metale grele ca Hg, Pb, Cu, cu metaloizi ca As, P, cu acizi, baze caustice). Se asociază cu:
   a) hipersalivație în intoxicația cu Bi, Pb, Hg, *Amanita muscaria*, fizostigmină;
   b) uscăciunea gurii în atropină, anticolinergice
   c) vărsături: digitală, caustice etc.

7. *Sindromul hepatic* (cu distrofie galbenă acută şi icter) în intoxicaţiile cu *Amanita phaloides*, As şi derivaţi, săruri de Pb, P, cloroform, tetraclorură de C, săruri de Au, atofan, DNOC.
8. *Sindromul renal* în intoxicaţii cu etilenglicol, hidrogen arseniat, aspirina, cantaridă, colchicină, săruri de Hg, alcool metilic, naftalina, fenacetină, formaldehida, sulfură de carbon, Pb, sublimat coroziv, anilină, aconitină, anticoagulante, raticide, crezoli, fenoli.
   a) cu hematurie în anticoagulante, raticide;
   b) porfirinurii în derivaţi nitro- şi aminoaromatici, benzen, CCl_4.
9. *Sindromul respirator* dat de: anilină, sulfură de amoniu, nitriţi, fenacetină, morfină, antabus, ciuperca *Coprinus*, amoniac, benzină, vapori nitroşi, bioxid de sulf, hidrogen sulfurat, salicilaţi, CO, CO_2, cianuri, chinină.
   a) hiperventilaţie: salicilaţi, cianuri, CO, CO_2, morfină, chinină;
   b) edem pulmonar: adrenalină, pilocarpină, CCl_4;
   c) hemoptizii: benzină, petrol;
   d) miros de alcool în aer expirat: alcool etilic, metilic şi hidrat cloral;
   e) miros de acetonă în aer expirat; acetonă, alcool izopropilic şi metilic;
   f) miros de migdale amare în aer expirat: HCN, nitrobenzen.
10. *Sindromul cardiovascular*
   a) tahicardie: acetaldehidă, adrenalină, alcooli, *Amanita muscaria* şi *panterina*, As, atropina, benzedrina, DNOC, cofeina, CO, cocaina, adrenalina, toxice metHb, nicotina, cianuri, novocaina;
   b) bradicardie: aconit, bariu, tetraetilplumb, digitală, morfină, rezerpină, veratrină;
   c) tulburări de ritm: organoclorurate, santonină, digitală, hidrocarburi;
   d) vasodilataţie periferică: acetaldehidă, ciuperca coprinus, antabuz, alcool etilic, atropină, benzen, nitroglicerină;
   e) şoc şi colaps: As, barbiturice, cocaină, P, ciuperci, acizi şi baze caustice, clorpromazina, veninuri de şarpe; meprobamat, ganglioplegice.
11. *Sindromul alergic* în aspirină, chinină, antibiotice, hormoni, înţepături de albine etc.
12. *Toxice hematice* cu hemoliză, scăderea rezervei alcaline, formare de metHb, leucopenie, sîngerări etc., sînt produse de benzen, săruri ale bromului, ac. oxalic, clor, P, cantarida, HCN, săruri Hg, chinina, saponina, amine aromatice, nitriţi, cloraţi, săruri de Bi, piramidon, săruri de aur.

Confuzii simptomatice

Uremiile se confundă cu intoxicaţiile cu opiu.
Abdomenul acut se confundă cu intoxicaţiile cu Pb.
Toxiinfecţiile alimentare se confundă cu intoxicaţiile cu As.
Tetanosul se confundă cu intoxicaţiile cu stricnină.
Icterul epidemic se confundă cu intoxicaţiile cu P, ac. picric, ciuperci.
Purpura vasculară se confundă cu intoxicaţiile cu benzen.
Starea de ebrietate se confundă cu intoxicaţiile cu CO.
Botulismul se confundă cu intoxicaţiile cu nitriţi.

Tabelul 28

Principalele tipuri de encefalopatii, frecvent întîlnite în practica toxicologică (după A. Popescu)

Tipul intoxicaţiei	Agentul	Tipul intoxicaţiei	Agentul
Intoxicaţii acute inhalatorii:	Oxid de carbon Gaze utilitare Gaze toxice de combustie	Intoxicaţii acute cu solvenţi organici:	Alcool metilic Acetonă Cloroform Tetraclorură de carbon
Intoxicaţii acute cu depresoare ale S.N.C.:	Fenotiazine Barbiturice lente Benzodiazepine Meprobamat	Intoxicaţii acute cu pesticide:	Organo-fosforice Organo-mercuriale Organo-clorurate
		Intoxicaţii acute cu ganglioplegice	Guanetidină Hidralazină
Intoxicaţii acute cu metale grele:	Plumb Tetraetilplumb Arsen Mercur	Intoxicaţii acute cu toxice naturale:	Amanita phalloides Toxină tetanică Alcool etilic
Intoxicaţii acute cu halogeni:	Bromuri Ioduri	Toxicomanii:	Heroină LSD-25 Amfetamine

Tabelul 29

Substanțe toxice care produc mai frecvent convulsii (după Mogoș)

1. Acidul acetilsalicilic
2. Acidul cianhidric
3. Acidul metilic
4. Acidul nalidixic
5. Aldrina
6. Amfetamina
7. Aminofenazona
8. Amitriptilina
9. Amoniacul
10. Anilina
11. Antihistaminicele
12. Arsenul
13. Benzenul
14. Benzina
15. Benzodiazepinele
16. Bioxidul de sulf
17. Bromura de metil
18. Cadmiul
19. Cafeina
20. Carbamazepina
21. Cianurile
22. Cloratul de potasiu
23. Cloratul de sodiu
24. Clordanul
25. Clorochina
26. Clornaftalena
27. Codeina
28. Colchicina
29. Detergenții cationici
30. Dieldrina
31. Digitalicele
32. Dinitrofenolii
33. Fenacelina
34. Fenilbutazona
35. Fenolul
36. Fenotiazinele
37. Fluorurile
38. Fluoroacetatul de sodiu
39. Formaldehida
40. Fosfatul
41. Hidrogenul arseniat
42. Hidrogenul fosforat
43. Hidrogenul sulfurat
44. Imipramina
45. Insecticidele organoclorate
46. Insecticidele organofosforate
47. Iodul
48. Izoniazida
49. Nichel-carbonilul
50. Nicotina
51. Nitrații
52. Nitrobenzenul
53. Plumbul
54. Rezorcinolul
55. Salicilatul de metil
56. Stricnina
57. Sulfura de carbon
58. Taliul
59. Tetraclorura de carbon
60. Trinitrotoluenul

Tabelul 30

Substanțe care pot produce comă toxică prin mecanisme directe și indirecte (după Mogoș)

1. Acetilena
2. Acetona
3. Acidul acetilsalicilic
4. Acidul boric
5. Acidul cianhidric
6. Acidul tanic
7. Alchilbenzenii
8. Alcoolul etilic
9. Alcoolul izopropilic
10. Alcoolul metilic
11. Amfetamina
12. Aminofenazona
13. Anilina
14. Antihistaminicele
15. Antimoniul
16. Arsenul
17. Barbituricele
18. Benzenul
19. Benzina
20. Benactizina
21. Bromurile
22. Cantaridina
23. Carbamazepina
24. Chinina
25. Cianurile
26. Ciupercile cu perioadă scurtă de incubație
27. Ciupercile cu perioadă lungă de incubație
28. Cloratul de potasiu
29. Cloratul de sodiu
30. Clordanul
31. Clorbenzenul
32. Clornaftalena
33. Clorotiazidele
34. Codeina
35. Cromul
36. Cuprul
37. Detergenții cationici
38. Dinitrofenolii
39. Etilenglicolul
40. Fenacetina
41. Fenilbutazona
42. Fenolul
43. Fenotiazinele
44. Fierul
45. Formaldehida
46. Fosforul
47. Hidrogenul arseniat
48. Hidrogenul fosforat
49. Imipramina
50. Insecticidele organoclorate
51. Insecticidele organofosforate
52. Izoniazida
53. Meprobamatul
54. Nichel-carbonilul
55. Nicotina
56. Nitrații
57. Nitrobenzenul
58. Oxidul de carbon
59. Petrolul lampant
60. Petrosinul
61. Plumbul
62. Rezerpina
63. Romerganul

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

64. Salicilatul de metil
65. Sulfura de carbon
66. Taliul
67. Tetraclorura de carbon
68. Tricloretilena
69. Trinitrotoluenul

Tabelul 31

Substanţe care produc mai frecvent stare de şoc prin mecanisme directe sau indirecte (după Mogoş)

1. Acetanilina
2. Acetilena
3. Acetona
4. Acidul acetic
5. Acidul acetilsalicilic
6. Acidul boric
7. Acidul cianhidric
8. Acidul etacrinic
9. Acidul lactic
10. Acizii tari
11. Alchilbenzenii
12. Alcool etilic
13. Alcoolul izopropilic
14. Amanita muscaria
15. Amanita phalloides
16. Amfetamina
17. Aminofilina
18. Amoniacul
19. Antalcolul
20. Antihistaminicele
21. Antimoniul
22. Antivitaminele K
23. Arsina
24. Atropina
25. Barbituricele
26. Bazele tari
27. Benzedrina
28. Biclorura de mercur
29. Bioxidul de sulf
30. Bromura de metil
31. Cafeina
32. Cantaridina
33. Carbamazepina
34. Cianurile
35. Chinina
36. Cloralhidratul
37. Clorobenzenul
38. Clorochina
39. Clornitrobenzenul
40. Clorul
41. Clorura ferică
42. Clorura mercurică
43. Clorura de tetraetilamoniu
44. Clorura de zinc
45. Codeina
46. Colchicina
47. Cromaţii
48. Cuprul
49. Derivaţii de petrol
50. Dicloretanul
51. Dinitrobenzenul
52. Dinitrocrezolul
53. Diureticele mercuriale
54. Etanolul
55. Etilenglicolul
56. Fenolul
57. Fenotiazinele
58. Fierul
59. Fluorurile
60. Formaldehida
61. Fosfaţii
62. Fosforul
63. Fosgenul
64. Hidrochinona
65. Hidrogenul arseniat
66. Hidrogenul sulfurat
67. Insecticidele organofosforate
68. Iodul
69. Izoniazida
70. Meprobamatul
71. Metanolul
72. Naftalina
73. Nicotina
74. Nitratul de argint
75. Nitraţii
76. Nitriţii
77. Oxidul de carbon
78. Permanganaţii
79. Plumbul
80. Salicilaţii
81. Sărurile de cupru
82. Sulfatul feros
83. Sulfura de carbon
84. Tetraclorura de carbon
85. Tricloretilena

Tabelul 32

Substanţe toxice care produc gastrite şi enterite acute (după Mogoş)

1. Acidul acetilsalicilic
2. Alcoolul etilic
3. Antiinflamatoarele (antireumatice)
4. Bromul
5. Citratul de potasiu
6. Ciupercile cu perioadă lungă de incubaţie
7. Clorura de potasiu
8. Clorura de zinc
9. Cromul
10. Gluconatul de tasiu
11. Hipocloriţii
12. Indometacina
13. Iodura de metil
14. Mercurul
15. Naftalena
16. Nicotina
17. Nitraţii
18. Nitrobenzenul
19. Permanganatul de potasiu
20. Petrolul lampant
21. Petrosinul
22. Salicilatul de metil
23. Salicilaţii
24. Sulfonamidele
25. Taliul
26. Tartratul neutru de potasiu
27. Trinitrotoluenul

Tabelul 33

Substanţe caustice care produc leziuni bucale, faringiene, esofagiene şi gastrice (după Mogoş)

1. Acetona
2. Acidul acetic
3. Acidul acrilic
4. Acidul azotic
5. Acidul boric
6. Acidul clorhidric
7. Acidul cromic
8. Acidul fluorhidric
9. Acidul formic
10. Acidul fosforic
11. Acidul lactic
12. Acidul oxalic
13. Acidul sulfuric
14. Acidul tanic
15. Acidul tricloracetic
16. Acizii corozivi
17. Aminofenazona
18. Amoniacul
19. Argintul
20. Bazele corozive
21. Biclorura de mercur
22. Bioxidul de sulf
23. Bromul
24. Carbonatul de sodiu
25. Carbonatul de potasiu
26. Cetonele
27. Clornaftalena
28. Clorura ferică
29. Clorura mercurică
30. Clorura de zinc
31. Cromaţii
32. Cromul
33. Cuprul
34. Fenolul
35. Fluorul
36. Formaldehida
37. Fosforul
38. Hidroxidul de amoniu
39. Hidroxidul de potasiu
40. Hidroxidul de sodiu
41. Hipocloriţii
42. Iodul
43. Nitratul de argint
44. Oxidul de calciu
45. Oxidul de zinc
46. Permanganaţii
47. Peroxidul de hidrogen
48. Peroxidul de sodiu
49. Rezorcinolul
50. Salicilatul de sodiu

Tabelul 34

Substanţe toxice care pot produce leziuni hepatice (după Mogoş)

1. Acetona
2. Acidul acetilsalicilic
3. Acidul etacrinic
4. Acidul tanic
5. Acizii corozivi
6. Aldrin
7. Aminofenazona
8. Amoniacul
9. Antivitaminele K
10. Aurul
11. Bismutul
12. Cadmiul
13. Cantaridina
14. Cetonele
15. Chinina
16. Ciupercile cu perioadă lungă de incubaţie
17. Cloratul de potasiu
18. Cloratul de sodiu
19. Cloronaftalena
20. Cuprul
21. Dieldrin
22. Dinitrobenzenii
23. Fenilbutazona
24. Fierul
25. Fosforul
26. Hidrogenul arseniat
27. Hidroxidul de amoniu
28. Indometacina
29. Nichel-carbonilul
30. Permanganatul de potasiu
31. Sulfonamidele
32. Tetraclorura de carbon
33. Tricloretilena
34. Trinitrotoluenul

Tabelul 35

Substanţele toxice care produc necroză tubulară acută (după Mogoş)

1. Alcoolul metilic
2. Antimoniul
3. Argintul
4. Arsenul
5. Aurul
6. Bismutul
7. Cloroformul
8. Cromul
9. Cuprul
10. Dicloretanul
11. Dietilenglicolul
12. Epiclorhidrina
13. Etilenglicolul
14. Iodul (compuşii organici)
15. Mercurul
16. Paraquatul
17. Plumbul
18. Propilenglicolul
19. Taliul
20. Tetracloretilena
21. Tetraclorura de carbon
22. Toluenul
23. Toxicele din Amanita phalloides
24. Tricloretilena
25. Uraniul

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Tabelul 36

Substanţe toxice care produc insuficienţa respiratorie acută prin mecanisme diferite (după Mogoş)

1. Acetona
2. Acidul acetilsalicilic
3. Acidul cianhidric
4. Alcoolul etilic
5. Alcoolul izopropilic
6. Aldrina
7. Amilofilina
8. Amoniacul
9. Anilina
10. Antalcolul
11. Antihistaminicele
12. Antimoniul
13. Arsenul
14. Barbituricele
15. Bariul
16. Benzenul
17. Benactizina
18. Bioxidul de sulf
19. Bromura de metil
20. Carbamazepina
21. Chinina
22. Cianurile
23. Clorbenzenul
24. Codeina
25. Cuprul
26. Dieldrina
27. Dinitrofenolii
28. Etilenglicolul
29. Fenacetina
30. Fenolul
31. Fenotiazinele
32. Formaldehida
33. Hidrogenul sulfurat
34. Hidroxidul de amoniu
35. Imipramina
36. Insecticidele
37. Izoniazida
38. Meprobamatul
39. Nichel-carbonilul
40. Oxidul de carbon
41. Rezorcinolul
42. Salicilatul de metil
43. Sulfura de carbon
44. Tetraclorura de carbon

Tabelul 37

Substanţe toxice care produc edem pulmonar (după Mogoş)

1. Acidul acetic
2. Acidul clorhidric
3. Acidul fluorhidric
4. Acidul sulfuric
5. Acizii corozivi
6. Acroleina
7. Amoniacul
8. Anhidrida sulfurică
9. Antalcolul
10. Antu
11. Barbituricele
12. Benzina
13. Bioxidul de sulf
14. Bromul
15. Bromura de metil
16. Cadmiul
17. Clorul
18. Cloralul
19. Cloropicrina
20. Diclorhidrina
21. Dimetilsulfatul
22. Etilenglicolul
23. Etilenclorhidrina
24. Fenilbutazona
15. Fierul
26. Fluorul
27. Formaldehida
28. Fosgenul
29. Hidrogenul fosforat
30. Hidrogenul seleniat
31. Hidrogenul sulfurat
32. Iodul
33. Insecticidele organoclorate
34. Insecticidele organofosforate
35. Meprobamatul
36. Nichel — carbonilul
37. Oxidul de azot
38. Oxidul de cadmiu
39. Permanganaţii
40. Taliul

Tabelul 38

Substanţe toxice care produc pneumopatie acută chimică (după Mogoş)

1. Acroleina
2. Amoniacul
3. Benzina
4. Beriliul
5. Bioxidul de sulf
6. Cadmiul
7. Cetonele
8. Clorul
9. Clorura de zinc
10. Compuşii organofosforici
11. Formaldehida
12. Formolul
13. Hidrogenul sulfurat
14. Kerosenul
15. Manganul
16. Motorina
17. Pentaoxidul de vanadiu
18. Sărurile de uraniu
19. Tetraoxidul de osmiu
20. Vaporii de acizi minerali
21. Vaporii de mercur
22. Vaporii nitroşi

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 39

Substanţe toxice hemolizante (după Mogoş)

1. Acetanilida
2. Anilina
3. Antimoniul
4. Arsina (hidrogenul arseniat)
5. Bromatul de potasiu
6. Benzenul
7. Cloratul de potasiu
8. Cloratul de sodiu
9. Clorura de metil
10. Cloroformul
11. Cuprul
12. Dinitrobenzenii
13. Fenacetina
14. Fenilhidrazina
15. Fenolul
16. Hidrochinona
17. Lecitina
18. Metilcloridul
19. Mezantoina
20. Naftalena
21. Nitriţii
22. Plumbul
23. Rezorcina
24. Sulfonamidele
25. Sulfonele
26. Toluenul
27. Tribrometanolul
28. Trinitrobenzenul
29. Trinitrotoluenul
30. Nitrobenzenul
31. Zincetilenbisditiocarbamatul

Tabelul 40

Substanţe toxice methemoglobinizante (după Mogoş)

1. Acetanilida
2. Albastrul de metilen
3. Anilina
4. Benzocaina
5. Chinoleina
6. Cloratul de potasiu
7. Cloratul de sodiu
8. Clorbenzenul
9. Clorochina
10. Dimetiltoluidina
11. Dinitrobenzenii
12. Fenacetina
13. Fenilhidrazina
14. Fericianura de potasiu
15. Fluoresceina
16. Hidrazina
17. Hidrogenul arseniat
18. Lignocaina
19. Metiltoluidina
20. Nitraţii (de bismut, amoniu etc.)
21. Nitriţii (de potasiu, sodiu etc.)
22. Nitrobenzenul
23. Nitroglicerina
24. Nivachina
25. Ortotoluidina
26. Primachina
27. Rezorcinolul
28. Sulfonamidele
29. Toluidina
30. Xilocaina

Tabelul 41

Principalele substanţe toxice care produc tulburări de ritm şi de conducere (după Mogoş)

1. Acidul acetic
2. Aldrin
3. Amfetamina
4. Aminofilina
5. Amitriptilina
6. Antalcolul
7. Antimoniul
8. Barbituricele
9. Bariul
10. Benzina
11. Benzodiazepinele
12. Cafeina
13. Carbamazepina
14. Chinidina
15. Chinina
16. Dicloretanul
17. Digitalicele
18. Fenotiazina
19. Fluoroacetatul de sodiu
20. Imipramina
21. Insecticidele organofosforate
22. Litiul
23. Rezerpina
24. Tricloretilena

Tabelul 42

Substanţe care produc insuficienţă miocardică acută (după Mogoş)

1. Amanita phalloides
2. Aminofilina
3. Antipaludicele de sinteză
4. Arsina
5. Bariul
6. Cadmiul
7. Chinidina
8. Chinina
9. Cloralhidratul
10. Cloroformul
11. Clorura mercurică
12. Etanolul
13. Fosfina
14. Fosforul
15. Fosgenul
16. Imipramina şi derivaţii
17. Iodoformul
18. Metanolul
19. Procainamida
20. Salicilaţii
21. Taliul
22. Tetraclorura de carbon
23. Tricloretilenul
24. Trioxidul de arsen

BCU / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Morfologia leziunilor produse de toxice poate fi sistematizată în trei tipuri lezionale: unele toxice produc leziuni tipice, patognomonice, cu valoare mare de orientare și de diagnostic al toxicului incriminat. Astfel, oxidul de carbon produce colorația caracteristică a tegumentelor și sîngelui, sublimatul produce o nefroză caracteristică, formolul produce o fixare *in vivo* a stomacului, iar acizii și bazele, pe lîngă dîrele erozive din jurul gurii, de sub bărbie, caracteristice ingurgitării, produc escare galbene (HNO_3), negre (H_2SO_4) sau albe (HCl). Toxicele care produc astfel de modificări tipice sînt însă reduse la număr.

Marea majoritate a toxicelor produc leziuni nespecifice de tipul stazei, edemului și microhemoragiilor consecutive fenomenelor hemodinamice ce au loc înainte de deces sub influența toxicului. Astfel de leziuni produc barbituricele, parationul, metalele etc. Pulmonul de șoc atestă, de exemplu, un edem interstițial cu focare bronhopneumonice și membrane hialine, microatelectazii și hemoragii interstițiale întîlnite în acizi și baze inhalate, benzen, pesticide, CO, HCN, agenți toxici de piroliză care rezultă, de exemplu, din arderea polietilenei ce produce aproximativ 700 substanțe sufocante prin laringo- și bronhospasm sau apnee reflexă.

În sfîrșit, o a treia categorie de toxice nu produc nici un fel de leziuni datorită rapidității morții, ca o consecință a concentrației sau cantității mari de toxic introdus în organism. Mai mult, unele toxice denumite funcționale au aptitudinea de a produce o paralizie metabolică rapidă cu exitus înaintea constituirii oricărui fel de leziune (de exemplu alcaloizii) (tabelele 43, 44).

Tabelul 43

Morfopatologia intoxicațiilor

A. Modificări macroscopice	Toxic posibil
1. *Examen extern*	
Tegumente uscate, palide	As, Ba, Tl
Tegumente icterice	P, ciuperci, hidrogen arseniat, nitroderivați
Hemoragii cutanate	benzen, P, compuși de metale grele
Exanteme	antipirină, chinină, morfină, atropină, derivați de brom, iod.
Vezicule cutanate	toxice vegetale și animale, halogeni, salicilați
Gangrene și escare de decubit	P, secară cornută, fenol
Lividități roz — vișinii	HCN, CO, benzen, nitroderivați
Lividități cafenii, cenușii	nitrați, clorați, nitroderivați
Rigiditate precoce	stricnină, veratrină, atropină, aconitină
Rigiditate redusă	ciuperci, P, narcotice
Pupile midriatice	atropină, solanee, HCN
Pupile miotice	morfină, opiacee
Escare și ulcerații	caustice și corozive (acizi, baze caustice, fenol, sublimat)
Lizereu gingival negru-cenușiu	Pb, As, Hg, Bi
Necroze	injectarea greșită a unor medicamente
2. *Examen intern*	
Miros de substanțe din creier	eter, HCN, cloroform, fenol
Hiperemie și edem cerebral	majoritatea toxicelor
Hemoragii cerebrale în focare	P, As, arsenobenzeni
Ramolismente și necroze	CO
Sînge roșu-carmin	benzen, CO, HCN

A. Modificări macroscopice	Toxic posibil
Sînge cafeniu — şocolatiu	toxice methemoglobinizante
Sînge lichid	intoxicaţii supraacute, toxice hemolitice, ciuperci, P, anticoagulante
Sînge coagulat	intoxicaţie cu agonie lungă
Echimoze subpericardice	P, As, narcotice
Hemoragii miocardice	HCN, săruri Hg, As, anilină
Hemoragii pulmonare în focar	gaze toxice, benzină, vapori acizi
Edem pulmonar	HCN, Cl, H_2S, CO, alcool, morfină, sublimat corosiv
Edem pulmonar cu zone de infarct (aspect tigrat)	CO
Bronhopneumonii	Oxizi de N, NH_3
Necroze faringo-esofagiene	toxice caustice cu escare dure (acid fenic), dure şi albicioase (formol) cu tumefiere cenuşie (sodă caustică) etc.
Conţinut gastric alcalin	Cianură de K, hidroxizi şi carbonaţi alcalini
Miros gastric specific	HCN, alcool, As (usturoi), paration (petrol) etc.
Escare gastrice:	
galbene	acid azotic
negre	acid sulfuric
brune cenuşii	acid clorhidric, oxalic, formic
brun-închise	baze caustice
Mucoasă gastrică friabilă	NH_3
Mucoasă gastrică roşie	As, HCN
Conţinut intestinal hemoragic	P, sublimat, ciuperci
Ulceraţii intestinale	Hg, fenol
Ulceraţii intestinale de culoarea ardeziei	hidrogen arseniat
Ulceraţii intestinale gangrenoase	sublimat, ciuperci
Congestie hepatică	hidrocarburi halogenate, benzen, anilina, alcool, sublimat
Ficat hipertrofic, ramolit şi gras	As, Pb, cloroform, eter. P, CCl_4
Degenerescenţă grasă hepatică	metale, metaloizi, ciuperci, P
Nefroză acută	Hg (rinichi mari, cenuşii, cu sufuziuni hemoragice)
Rinichi mari	Hg, fenol, ciuperci, hidrogen arseniat
Rinichi cu degenerescenţă grasă şi scleros	Pb, P, As, morfina
Anurie cu albuminurie şi hematurie	acid oxalic, Hh, hidrogen arseniat, methemoglobină

B. Modificări microscopice	Toxic posibil
Hiperemie cerebrală	CO, HCN, alcool etilic şi metilic, benzen, morfină, nicotină, stricnină, aconitină, fenol
Focare hemoragice cerebrale	CO, HCN, P, benzen, chinină, morfină, botulism
Pahimeningite hemoragice	alcool
Edem cerebral	Pb, As, HCN, CO, cocaină, morfină, veronal
Ramolismente cerebrale	alcool, CO, P, As
Nevrite (optice)	CO, As, alcool, mai ales în intoxicaţii cronice
Edem pulmonar carminat	CO
Edem pulmonar cu alveolită seroasă	CO, HCN, hidrogen sulfurat, acizi şi baze corosive, alcool, cloroform, morfină, sublimat, P
Bronhopneumonie	CO, oxid de azot, NH_3, fenol
Hiperemie şi alveolită hemoragică sau infarcte	alcool, CO etc.
Leziuni vasculare	metale grele, P, As

BIBLIOTECA CENTRALĂ MEDICALĂ

A. Modificări macroscopice	Toxic posibil
Hemoragii miocardice	CO, HCN, sublimat corosiv, As, NO_2, eter, anilină, atropină
Sufuziuni hemoragice subendocardice	CO
Necroze hemoragice miocardice	CO, H_3As
Degenerescență grasă miocardică	As, ciuperci, metale grele, (sublimat corosiv, bariu)
Hiperemie gastrointestinală	Pb, sublimat corosiv, As, P, CS_2, NH_3, formol, chinină, stricnină, nicotină, opiu etc.
Sufuziuni hemoragice gastro-intestinale	HCN, sublimat
Necroze de coagulare	toxice caustice și corosive
Degenerescențe hepatice	cloroform, eter, As, P, CCl_4, ciuperci, arsenobenzeni etc.
Degenerescență hepatică grasă	P, NH_3, acid azotic, ciuperci, H_3As, Ba
Hiperemie și hemoragii renale	sublimat, Bi, ac. sulfuric, cantaridă, apiol, CCl_4, As, morfină
Necroze tubulare	acid sulfuric, ciuperci, săruri de Hg
Degenerescențe renale grase	sublimat corosiv, Bi, As, ac. sulfuric, cantaridă
Inflamații acute renale postnecrotice	acid azotic, NH_3
Cilindri de Hb în tubi	H_3As, toxice hemolitice
Hiperemie, hemoragii și degenerescențe ale suprarenalei	sublimat, stricnină, barbiturice
Anemii	Pb, benzen, As, cromați
Granulații bazofile în hematii	Pb, anilină
Hemoliză și Hb-urie	NH_3, H_3As
Producere de metHb	anilină, benzen, clorați
Leucopenie	benzen, raze X, produse radioactive

Tabelul 44

Morfopatologia intoxicațiilor (după Gh. Diaconiță și D. Banciu)

Leziunile întîlnite	Toxicele
Creier	
Edem pronunțat	— Alcool etilic, alcool metilic, acid cianhidric, eter etilic, oxid de carbon — Morfină, nicotină, barbiturice — Arsen, plumb, tetraetilplumb, fosfor
Congestie masivă Hemoragie cerebrală	— Chinină, morfină, nicotină, stricnină — Benzină, alcool etilic, alcool metilic, eter etilic, fosgen, acid cianhidric, oxid de carbon
Ramolisment, scleroză. Degenerescență grăsoasă	— Alcoolism cronic, morfinism, saturnism, oxicarbonism — Arsen, fosfor
Inimă	
Sufuziuni sangvine peri- și endocordice	— Oxid de carbon, anilină, alcool etilic, nitrobenzen, fosgen — Morfină — Plumb, fosfor, arsen

BCU IAȘI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Leziunile întîlnite	Toxicele
Hemoragii ale miocardului	— Taliu, mercur, arsen — Formol, eter etilic, oxid de carbon, acid cianhidric, derivați nitroși, atropină
Infiltrații calcaroase. Steatoză	Etilism cronic, cloroform, eter etilic, fosgen Oxid de carbon Morfinism, nicotină Arsen, fosfor, halogeni
	Sînge
Alterare a culorii:	
1. Roșu-cireșiu	Oxid de carbon, ac. cianhidric, tetraclorură de carbon, ac. acetic, ac. oxalic, benzen
2. Roșu-negricios	Ac. sulfuric, hidrogen sulfurat, fosfor, crom, alcaloizi, intoxicații alimentare și cu ciuperci
3. Roșu-brun	Toxice methemoglobinizante
Poliglobulie	Arsen, fosfor, cafeină
Leucopenie	Benzen, fosfor, arsen
Leucocitoză	Acizi minerali, tetraclorură de carbon, fosfogen, acid cianhidric, fenacetină, antipirină, plumb, mercur, cupru, crom
Granulații bazofile, anizocitoză	Saturnism, hidrargirism, tetraclorură de carbon, nitrobenzen, toxice anemiante
	Plămîni
Congestie, hemoragii	Acid clorhidric, acid acetic, acid oxalic, alcool metilic, alcool etilic, amoniac, oxid de carbon, hidrogen sulfurat, tetraetilplumb, gaze agresive (brom, acid cianhidric), anilină, eter etilic, benzină. Derivați barbiturici, chinină, stricnină, cocaină, etc. Mercur, bariu, taliu, arsen, fosfor
Edem pronunțat	Acid cianhidric, oxid de carbon, hidrogen sulfurat, gazele agresive (clor, fosgen, arsine, etc.), acizi minerali, alcali caustici, nitroderivați, alcool etilic, alcool metilic, cloroform, carbon tetraclorat, eter etilic, morfină Arsen, fosfor, mercur
	Stomac
Congestie a mucoasei Sufuziuni sangvine Hemoragii	Acizi minerali, acid oxalic, baze caustice Plumb, crom, bariu, sublimat, fosfor, arsen, Cloroform, alcool metilic, alcool etilic, formaldehidă, fenol, benzen, ac. cianhidric, oxid de carbon Digitalină, stricnină, atropină, nicotină, chinină Derivați barbiturici

Leziunile întîlnite	Toxicele
Coloraţia mucoasei gastrice sau a conţinutului	
1. Galben-maroniu:	Ac. azotic, amoniac, ac. cromic, ac. picric, formaldehidă
2. Alb cenuşiu:	Ac. clorhidric, ac. acetic, ac. oxalic, ac. formic, fenol, sublimat, săruri de plumb
3. Negricios:	Ac. sulfuric, ac. formic, fenol, baze caustice
4. Culori specifice:	Săruri de cupru, tablete de sublimat, diverse medicamente colorate
Eroziuni, ulceraţii ale mucoasei stomacului	Acizi minerali, ac. cromic, ac. oxalic, ac. formic, alcali caustici Cloroform, formaldehidă, etilism cronic, morfinism Mercur, plumb, argint, bariu, cupru, fosfor, arsen
Ficat	
Sufuziuni sangvine, hemoragii	Anilină, cloroform, benzen, formaldehidă, tetraclorură de carbon Arsen, fosfor, cupru, plumb, sublimat Chinină, stricnină, venin de şarpe, ciuperci *(Amanita)*
Steatoză	Alcool etilic, cloroform, benzen, fenol, tetraclorură de carbon, formaldehidă, ac. cianhidric, amoniac, nitrobenzeni, morfină, arsen, fosfor, bismut, bariu, crom
Necroză, atrofie	Fosfor, arsen, sublimat Cloroform, tetraclorură de carbon, fosgen, Ciuperci *(Amanita)*
Rinichi	
Congestie	Oxid de carbon, fenol, cantaridă, uleiuri esenţiale, sublimat corosiv, bismut
Hemoragii intraglomerulare, tubulare şi interstiţiale	Anilină, benzen, fenol, oxid de carbon, ac. cianhidric, ac. formic, ac. sulfuric, ac. clorhidric, alcali caustici Chinină, saponine Sublimat, bismut, crom, arsen, fosfor, bariu
Degenerescenţă grasă	
Necroză, scleroză	Alcoolism cronic, acizi minerali, saturnism, hidrargirism, fosforism
Urină	
Modificare a culorii Roşu-maroniu:	Toxice methemoglobinizante (cloraţi, nitraţi, anilină, nitro şi nitrozo-derivaţi)
Roşu:	Antipirină, piramidon, santonină, acid picric, derivaţi antrachinonici
Hematurie	Hidrogen arseniat, benzen, anilină Acid cromic Mercur
Oligurie, anurie	Ac. oxalic, sublimat, nitriţi Hidrogen arseniat, chinină

Diagnosticul medico-legal de intoxicație presupune coroborarea tuturor datelor medicale culese în etape cu ocazia investigației medico-legale, și anume:

— a informațiilor de la anturaj sau din antecedentele medicale privind simptomele, starea psihică a victimei etc.;

— recoltarea urmelor de toxic sau a produselor organice (lichide de vărsătură, spută etc.) de la locul faptei;

— inventarierea riguroasă a leziunilor morfologice macroscopice și aprofundarea acestor leziuni cu ajutorul examenului histopatologic;

— confirmarea obligatorie a datelor culese din antecedente, de la fața locului și din examenul morfologic, cu ajutorul examenului toxicologic. Toxicologia medico-legală dispune astăzi de multiple metode de evidențiere a toxicelor în organism, metode de mare finețe, în măsură să detecteze cantități infime de toxic în organe, așa cum ar fi spectrofotometria în infraroșu sau ultraviolet, cromatografia pe hîrtie sau în gaz, activarea cu neutroni etc. O serie de metode moderne stau la dispoziție în vederea investigării toxicologice a diferitor substanțe străine în organism.

Cromatografia pe hîrtie servește la identificarea celor mai variați toxici minerali sau organici. Cromatografia în strat subțire se impune ca o metodă rapidă pentru identificarea toxicelor și metaboliților din variate produse. În toxicologia de urgență s-a impus ca o metodă deosebit de utilă pentru detectarea barbituricelor, tranchilizantelor, amfetaminelor, alcaloizilor. Cromatografia în fază gazoasă permite identificarea și dozarea simultană a mai multor produși înrudiți.

Rășinile schimbătoare de ioni sînt aplicate în izolarea și purificarea unor alcaloizi din viscere.

Electroforeza sau ionoforeza pe hîrtie se aplică în identificarea unor toxice organice din grupa hipnoticelor și amfetaminelor, morfinei, derivaților pirazolonici etc.

Metoda polarografică ajută determinarea metalelor toxice ca Pb, Cd, Zn, și a unor compuși organici ca alcool, amine.

Metoda difuziunii cere acuratețe și are aplicare mai ales în detectarea toxicelor volatile și gazoase (metoda Widmark pentru alcool. Oivin pentru CO, Pearce pentru benzen etc.).

Spectografia de emisie servește la identificarea toxicelor metalice, fiind foarte rapidă și obținînd 32 elemente în 2 minute.

Spectroscopia în UV se bazează pe absorbția specifică a diferiților compuși cînd aceștia sînt interpuși între o sursă de lumină UV și o celulă fotoelectrică. Urmărind absorbția luminii la diferite lungimi de undă, ca și intensitatea absorbției, se pot identifica și doza toxice ca barbiturice, opiacee, stricnină etc.

Spectroscopia în IR se bazează de asemenea pe specificitatea absorbției de energie radiantă a substanțelor chimice la diferite lungimi de undă.

Radiochimia a permis detectarea unor cantități infime de toxice sau metaboliți ai lor, prin simpla măsurare a radioactivității produsului cu atomi marcați în cele mai variate țesuturi. Produsul este supus unui bombardament cu neutroni, ceea ce duce la radioactivarea unor atomi care vor fi determinați ulterior prin radiometrie.

Folosirea combinată a acestor metode dă o mare sensibilitate, specificitate și viteză de lucru diagnosticului toxicologic.

În esență, investigația toxicologică medico-legală implică cercetarea și corelarea datelor „scenei, istoricului, autopsiei și toxicologiei". Se mai poate utiliza în plus experimentul farmacologic (introdus prima dată de Tardieu

pentru stricnină, digitală etc.). În stabilirea finală a diagnosticului medico-legal de intoxicație se vor avea în vedere erorile negativ posibile (prin oxidarea, reducerea sau conjugarea toxicului în timpul vieții, prin tratamente ce au transformat toxicul, prin pierdere datorită extracției, prin prezența impurităților etc.) sau pozitiv posibile (prin prezența ptomainelor, a elementelor minerale fiziologice, a substanțelor utilizate în tratament etc.).

INTOXICAȚII MEDICO-LEGALE FRECVENTE

În practica medico-legală putem întîlni variate intoxicații, funcție de toxicul pe care o persoană îl are la îndemînă. Deși în mod curent ne orientăm către toxicele mai frecvent întîlnite și utilizate într-un anumit mediu de viață sau de muncă (mediu casnic, agricol, medical etc.), nu trebuie să pierdem din vedere faptul că în scopul realizării morții prin intoxicații acute (ca, de exemplu, în suicid) se pot utiliza substanțe toxice pe care uneori cu greu le bănuim. De aceea, chiar dacă în cele ce urmează vom trece, sumar, în revistă cele mai frecvente intoxicații întîlnite în practică, aceasta nu scutește medicul ca, în raport de fiecare caz în parte, să cunoască bine simptomatologia și tabloul morfologic al oricărei intoxicații, în scopul elucidării cauzei unei morți. Acestea explică, de altfel, și extinderea pe care a luat-o astăzi toxicologia. Tratate ample ne stau la dispoziție în acest sens, fără ca și ele să poată cuprinde exhaustiv totalitatea toxicelor. De exemplu, numai toxicele domestice includ o multitudine de substanțe ca detergenții, deodoranții, dezinfectanții, raticidele, insecticidele, antigelul, detartrantele, gazele utilitare ca metanul, butanul, propanul etc. pînă la capetele de chibrituri care pentru un copil de 2—3 ani devin letale la circa 100 bucăți (un capăt are 10 mg clorat K). Faptul invederează în plus dificultățile posibile ale diagnosticului medico-legal în intoxicații.

Intoxicațiile cu substanțe caustice se produc prin *acizi* sau *baze* care dau leziuni locale grave și modificări secundare prin resorbția toxicului în organism. Ele sînt clasificate de unii în toxice cu proprietăți caustice (acid clorhidric, acid oxalic, sublimat etc.) sau caustice cu proprietăți toxice (ex. fenolul). Acțiunea lor depinde de diluție, cei mai nocivi fiind acizii, bazele și sărurile (clorura mercurică, clorura de Zn, nitratul de Ag). Leziunile se produc prin ingestie sau aruncare (proiecție). Sînt caracteristice astfel escarele ca arsuri chimice produse prin diferiți acizi sau baze, printre care frapante la acidul azotic, acidul sulfuric (vitriol), hidroxidul de sodiu (soda caustică) etc. Vitriolajul exprimă dorința de a desfigura fără a omorî, ca latură a psihologiei unor femei față de soții rivali sau infideli. Pe lîngă arsurile chimice locale, cu caracter moale sau dur după cum substanța este o bază sau un acid, se vor produce modificări secundare de tipul acidozei sau alcalozei responsabile de moarte. Arsurile chimice se constată la nivelul gurii, faringelui, esofagului și stomacului în caz de ingurgitare, la nivelul feței sau corpului în caz de aruncare (de exemplu vitriolarea), sau sub formă de dîre sub bărbie sau spre ureche în raport de faptul dacă toxicul a fost îngurgitat voluntar sau administrat forțat. Leziunile vor fi mai extinse la alcalii ce dizolvă substanțele proteice față de acizi ce au o acțiune coagulantă. Arsurile chimice evoluează macroscopic în 3 faze (stadiile Quincy) de congestie, ulcerație (necroză limitată) și necroză extinsă. Moartea se produce prin mecanism asfixic (edem glotic), inaniție (distrugerea glandelor digestive), ulcerații (uscate și pergamentate la acizi, umede și roșii la alcali datorită sîngelui necoagulat, dilacerat). Es-

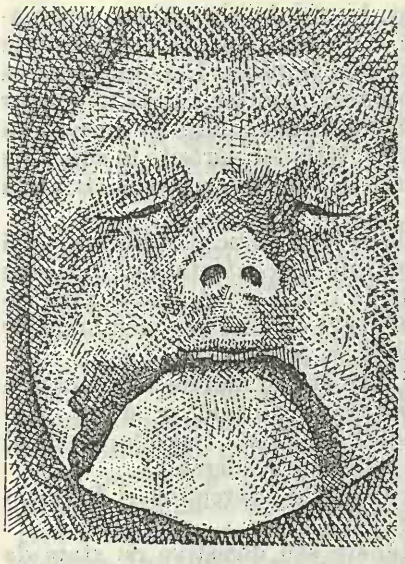


Fig. 223. Leziuni caustice de îngurgitare.

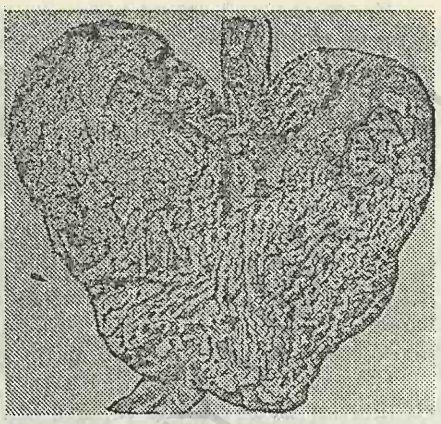


Fig. 224. Gastrită fenolică.

carele tubului digestiv (fig. 223, 224) produc perforații și complicații letale de tipul peritonitelor, stenozelor esofagiene etc.) DML este de circa 10 g pentru acizii și bazele mai frecvent incriminate. Atare substanțe se utilizează mai frecvent în scop de suicid, dar este cunoscută administrarea lor criminală prin forțarea victimei, în scopul de a o determina la îngurgitarea toxicului, sau prin stropirea victimei în scopul desfigurării sale (tabelul 45).

Tabelul 45

Efectele arsurilor chimice (după C. P. Artz)

Agentul	Mecanismul de acțiune	Aspect exterior	Structură și context
	ARSURI ACIDE		
Ac. sulfuric Ac. azotic Ac. clorhidric Ac. tricloracetic Fenol	Reacție exotermică, hidratare celulară și precipitare proteică	Cenușiu, galben, brun sau negru, depinzînd de durata expunerii	Escară de la moale la dură, depinzînd de durata expunerii
Ac. fluorhidric	Același ca la ceilalți acizi, plus lichefierea și decalcifierea	Eritem cu necroză centrală	Durere și escară „ca de piele“
	ARSURI ALCALINE		
Hidroxid de K Hidroxid de Na Var.	Reacție exotermică, deshidratare celulară higroscopică cu saponificarea grăsimii și precipitare proteică	Eritem cu bule	Durere, escară săpunoasă
Amoniac	Același ca la celelalte baze, plus edem pulmonar și laringian	Cenușiu, galben, brun sau negru. Adesea foarte profunde	Moale pînă la „ca de piele“ depinzînd de durată
Fosfor	Efecte termice cu topire la temperatura corpului, întindere și aprindere la 34°, efect de acid fosforic	Cenușiu sau albastru-verde, strălucind în întuneric	Escară deprimată, „ca de piele“

Gazele toxice de tipul hidrogenului sulfurat, bioxidului de carbon, amoniacului, sulfurilor etc., produc moarte datorită îndeosebi leziunilor pulmonare grave sau, la concentrații mari, datorită inhibiției bulbare. Deseori, intrarea într-o atmosferă confinată cu astfel de gaze produce moartea succesivă a unor persoane care intră ulterior pentru salvarea victimelor, pînă ce atmosfera se rarefiază (morți în cazul vidanjărilor, curățirii fîntînilor părăsite în care s-au degradat substanțe organice, încăperilor închise în care fermentează strugurii etc.).

Gazele toxice acționează în raport de indicele letal (concentrația toxicului în ml/m^3 × timpul de expunere în minute), care este concentrația de toxic care inspirată timp de 1 minut produce moartea în 48 ore. Ele acționează prin iritarea și inflamarea căilor aeriene, alterează permeabilitatea membranelor alveolocapilare sau produc paralizia mușchilor respiratori.

CO_2, mai greu ca aerul, îl găsim în fîntîni, izvoare cu mofete, fermentarea strugurilor în beciuri și rezultă din descompunerea materiilor organice. Produce moarte prin inhibiție bulbară. În aerul confinat (pivnițe, beciuri) intervine creșterea CO_2 și a altor produși volatili, cu scăderea O_2.

Hidrocarburile alifatice au acțiune convulsivantă, narcotică și hematopoietică, producînd beția hidrocarbonică (fig. 225).

NH_3 produce edem pulmonar, arsuri cutanate sau digestive cu stare de șoc și edem glotic.

Oxizii de N în cantitate mare produc asfixie ca și metHb-emie.

Hidrogenul arseniat se impune ca un toxic hemolitic cu producerea de ischemie și apoi insuficiență renală.

O_2 la presiuni crescute de 4—5 at produce efect Bert cu convulsii.

Anhidrida sulfuroasă din arderea cărbunelui bogat în sulf, constituent principal al smog-ului, produce spasm glotic, sufocare sau afonie.

Clorul prin excitarea periferică a trigemenului dă inhibiție cardio-respiratorie reflexă sau, mai tîrziu, edem pulmonar.

Descompunerea termică a teflonului produce fluor ce determină gangrene pulmonare și colaps.

Hidrocarburile aromatice (benzenul) au afinitate pentru lichidele cerebrale (dau narcoză) și pentru plachete (produc hemoragii). Cele alifatice (freoni, clorura de vinil, tetraclorura de C etc.) au hepatotoxicitate marcată.

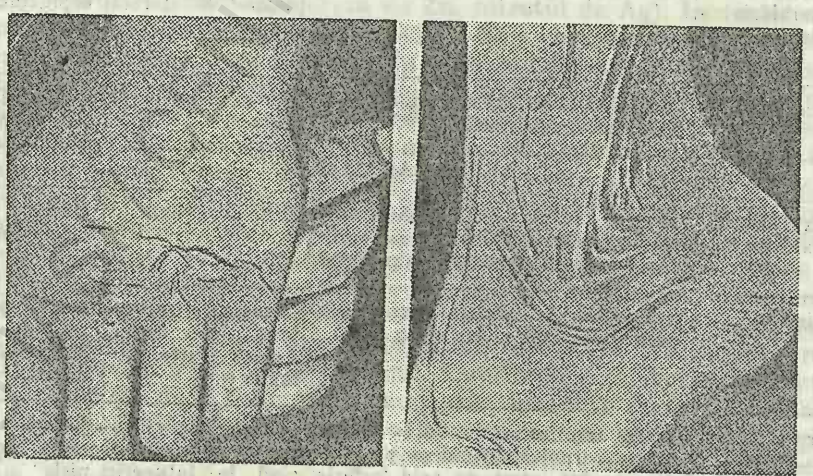


Fig. 225. Leziuni tegumentare prin vapori de benzină.

Fenolul produce arsuri locale, nefroză toxică; mirosul de formol în stomac, urină, este caracteristic.

Acetona dă hipotensiune, comă, convulsii și miros caracteristic.

Eterul produce confuzii, excitație, sialoree și hipersecreție bronșică responsabilă de asfixia letală.

Sulfura de carbon produce o beție specifică cu agitație, logoree, fugă, delir, halucinații, comă și exitus.

Intoxicația cu *oxid de cărbune* este una din cele mai frecvente intoxicații (de fapt o asfixie chimică), mai ales iarna, cînd, prin arderea incompletă a substanțelor bogate în carbon, mai ales în sobe cu tiraj defectuos, se realizează concentrații letale în atmosfera de locuit. Orice ardere a unor astfel de substanțe (minerale ca metan, gaze vulcanice, vegetale din respirația algei hereocistis sau animale din catabolismul Hb) produce CO, așa cum ar fi mai frecvent arderea incompletă a gazului butan, benzinei etc. ce produc simptome tipice de intoxicație. Este un gaz inodor, insipid, miscibil cu aerul și deci difuzibil, omniprezent. Cînd un gaz inert cum ar fi butanul înlocuiește aerul, produce o moarte prin asfixie și nu prin intoxicație. Este asfixiantul perfect, citîndu-se intoxicații cu CO la mamă și encefalopatie anoxică la făt, prin înfundarea hornurilor (intoxicarea lui E. Zola pentru intervenția sa în afacerea Dreyfus), sinucideri etc. Arderea materialelor plastice degajă CO, vapori cloroși, HCN.

Oxidul de cărbune are o afinitate de 210 ori mai mare pentru hemoglobina sîngelui decît oxigenul, fapt ce o face improprie hematozei deși hematiile sînt integre, motiv ce obligă la dislocarea lui, în caz de tratament, numai prin administrarea oxigenului sub presiune.

În raport de cantitatea de hemoglobină blocată se produc simptome mai ușoare sau mai grave (tabelul 46), la un coeficient de intoxicație Balthazard de 66 (carboxihemoglobină/hemoglobină totală) moartea fiind posibilă.

Tabelul 46

Simptomele intoxicației cu CO în raport de coeficientul intoxicației (după Henderson)

Coeficientul de intoxicație	Simptome
20%	Cefalee, respirație dificilă la efort
30%	Cefalee intensă, oboseală, ameţeli, greaţă, tulburări de vedere
50%	Cefalee cu confuzie, colaps, sincopă, accelerarea respirației și pulsului
60%	Sincopă, convulsii intermitente, comă, respirație Cheyne — Stockes
70%	Comă, deficit cardiac și respirator, exitus posibil
80%	Puls și respirație slabă, insuficiență respiratorie, moarte posibilă.
peste 80%	Exitus imediat

Subiecții cu afecțiuni coronariene, cardiace, pneumopatii cronice, anemii etc. pot deceda la concentrații mici, de 25—30% COHb. Nu rareori cefaleea și vărsăturile au fost luate drept gripă, meningită, sinuzită, cînd în realitate erau intoxicații cu CO nesesizate. În intoxicația masivă coma se produce imediat cu convulsii și rigiditate cataleptică.

Ca simptome, oxidul de cărbune produce la început o stare de euforie, confuzie și incoordonare motorie asemănătoare ebrietății, motiv pentru care faza s-a denumit și de „beție oxicarbonică". Oxidul de cărbune se fixează concomitent și pe mioglobină, producînd o astenie musculară marcată, fapt ce explică de ce subiecții expuși, cînd sesizează pericolul, tentează deschiderea geamurilor, dar datorită asteniei musculare și intrării rapide în comă cad și sînt găsiți decedați în fața acestora.

Sub aspect morfologic, CO produce o colorație roșie aprinsă a tegumentelor, sîngelui și viscerelor, precum și un edem carminat al plămînului (pulmoni edemațiați, roz, cu infarcte, de aspect tigrat). Sînt constante de asemenea trombozele coronariene și mai ales ramolismentele în globus palidus, loc de electie pus pe seama nevoilor mai mari în oxigen ale acestei regiuni. Uneori, datorită colapsului terminal și comprimării țesuturilor în etapele terminale, pot apărea diferite leziuni buloase care nu trebuie confundate cu arsurile. Circumstanțele de intoxicare pot fi comune, așa cum este intoxicația în camere cu sobe ce au tiraj defectuos, în garaje închise, în care, în circa 10 minute, un motor la relanti poate realiza concentrații atmosferice letale (coeficient Kohn — Abrest peste 0,01), în vehicule lăsate să meargă pentru încălzire dar cu eșapamentul blocat de zăpadă, apă etc. În unele intoxicații colective cu CO se pune problema explicării decesului unor persoane și supraviețuirii altora. Ne orientăm în raport de sex, stări parafiziologice, vîrstă, distanța față de curenții din cameră etc. Dar intoxicațiile cu CO se produc și în circumstanțe particulare, accidentale, cum ar fi strecurarea gazului în locuințele alăturate camerei cu sobe defecte, în cabine de duș, prin arderea unor alimente pe foc etc. Sinuciderea cu ajutorul CO se produce prin arderea incompletă a gazelor de butelie sau prin înlocuirea O_2, asfixie consecutiv deschiderii buteliilor, cu introducerea unui furtun în gură etc. La fel gazul metan dă asfixii prin înlocuirea aerului și nu produce CO decît dacă e ars în aparate defectuoase sau camere rău ventilate. Materialele plastice, prin ardere, sînt surse de CO și cianide. Silozurile degajă însă oxizi de N ce dau edem pulmonar acut și asfixie. Intoxicația letală cu CO din tutun nu e posibilă, deoarece acesta nu produce prin fumare concentrații de peste 10—15% CoHb. Crime prin intoxicații cu CO s-au citat atunci cînd victima era în stare de ebrietate și agresorul a deschis sursa de gaz sau a blocat soba, încercînd disimularea crimei, de exemplu prin introducerea ulterioară a unei păsări de ornament în cameră, situații care nu sînt numai de apanajul unei literaturi specifice ci și realități medico-legale.

Met- și sulfHb rezultă din transformarea fierului feros în fier feric impropriu transportului de O_2 (nitriți, nitrobenzen, nitrofenol, anilină). Silitra (azotatul de K) utilizată în conservarea cărnii, prin descompunere dă nitriți care, în contact cu NH_3 și H_2S ai cărnii degradate, devin toxici.

Intoxicația cu *acid cianhidric* se produce prin acidul cianhidric ca atare sau prin sărurile sale (cianura de sodiu și de potasiu). Acidul cianhidric produce o moarte fulgerătoare în cazul inspirării unei astfel de atmosfere. Unele substanțe bogate în compuși cianogenetici (sîmburii de migdale amare) degajă în stomac acid cianhidric care produce accidente letale. La Roma în antichitate, cei condamnați la moarte erau obligați să ingere sîmburi de piersică (pedeapsa piersicii). Se citează intoxicarea accidentală a copiilor după ingerarea a 5—10 astfel de sîmburi. Țuica de prune are 30—100 mg HCN/100 ml. De obicei sînt ingerate sărurile acidului cianhidric, sursa lor constituind-o laboratoarele, tipografiile etc. În moartea prin cianuri este caracteristică colorația roșie aprinsă a tegumentelor și organelor, mai ales a mucoasei gastrice (gastrita cianhidrică) și mai ales după ingerarea sărurilor acidului cianhidric. La autopsie, frapează mirosul de migdale amare, care

persistă zile întregi într-o astfel de încăpere și de la care, prin inhalare, s-au citat chiar și intoxicații accidentale. Se citează intoxicații similare la cei ce încearcă respirația gură la gură a unor astfel de bolnavi intoxicați. Crimele prin spargerea sub nas a unei fiole cu HCN produc moarte prin inhibarea respirației. HCN blochează citocromii, acționînd după legea „totul sau nimic" (moarte sau lipsă sechelelor). El produce una din cele mai rapide morți posibile, prin inhibarea citocromoxidazei mitocondriilor ce realizează convulsii și contracturi generalizate.

Intoxicația cu *arsen* se întîlnește mai frecvent prin derivații săi de tipul trioxidului de arsen (șoricioaica), verdele de Paris (acetoarsenitul de cupru utilizat ca pesticid), licorii Fowler (anhidridă arsenioasă 1%) etc., ce produc leziuni capilare și celulare cu precădere, arsenul fiind cunoscut ca un toxic celular prin excelență. În vechime, mai ales în Evul mediu, arsenul era frecvent utilizat în intoxicațiile criminale, deoarece, neavînd gust și miros deosebit, se putea incorpora în alimente sau băuturi, fără a fi sesizat. Cum aceste intoxicații criminale se făceau mai ales în scopul de a grăbi succesiunea la o proprietate, arsenul a căpătat atunci și denumirea de „pudra succesiunii". Odată cu descoperirea științifică a lui Marsh, privind detectarea toxicului în organe (aparatul Marsh de detectare a arsenului cu ajutorul hidrogenului născînd), numărul acestor intoxicații criminale a scăzut vertiginos iar tribunalele profilate numai pentru judecarea otrăvirilor s-au desființat. Este încă un exemplu ce atestă rolul științei în profilaxia stării infracționale.

Arsenul, în raport de doză și concentrație, poate realiza intoxicații supraacute, acute sau cronice. Tabloul clinic este cu precădere digestiv (holeră arsenicală prin hipovolemie) dar alteori cardiac (cord hiperkinetic prin creșterea nevoilor metabolice) sau vascular. Simptomele se confundă cu alte suferințe acute gastro-intestinale, cu stări colapsoide de alte etiologii, cu infarctul de miocard etc., încît în scopul diagnosticului medico-legal trebuie utilizate exhaustiv toate informațiile medicale posibile. În intoxicațiile cronice prin administrarea repetată a toxicului, după circa 10 zile arsenul se depune în fanere (păr, unghii), unde poate fi detectat mult timp după moarte. În unghii arsenul produce niște dungi paralele cunoscute sub numele de „liniile lui Mees", care vor fi mai intense distal decît proximal, în raport de data intoxicării. Cunoscînd faptul că unghia crește cu 0,12 mm pe zi, în raport de locul și intensitatea acestor dungi, se poate calcula data aproximativă a intoxicației. Același lucru se poate face și prin dozarea arsenului în capătul distal sau proximal al părului.

Unii derivați de arsen pot produce intoleranțe letale la cantități minime (exemplu, intoleranța la licoare Fowler), după cum alte persoane pot ingera cantități mari de arsen fără simtome patologice. Subiecții care ingerau arsen nativ în scopul „creșterii puterii" (așa-numiții arseniofagi) făceau leziuni gastro-intestinale progresive care opreau resorbția toxicului în organism, deoarece, deși *per os* tolerau doze mult peste DML de arsen, la introducerea parenterală a unor doze mici, toxicul avea efecte letale. În istoria toxicologiei medico-legale se cunosc multiple intoxicații criminale sau accidentale cu arsen (epidemia descrisă de Tit Liviu, accidentele din familia Borgia, afacerea Brinvilliers etc.), care au determinat la explorări minuțioase și chiar la experimente prin introducerea de țesuturi sau fanere în solul de inhumare (pămîntul conține cantități variabile de arsen), soluționări științifice la care au contribuit reputați oameni de știință ca Orfila, R. Koch, J. Curie ș.a. prin analize toxicologice, de activare cu neutroni etc.

Sub formă de *aqua Tofani* (amestec de acid arsenios și cantaridă) s-a cunoscut și la noi (moartea lui Lăpușneanu). În Pravila lui Vasile Lupu, cel ce

ascundea vărsăturile și nu le arăta la vraci, era suspectat de otrăvire. Ca circumstanțe de intoxicație se pot întîlni cazuri de administrare în scop criminal (într-un caz analizat s-a administrat licoare Fowler în alimente), de ingerare în scop de suicid sau cazuri de accidente cînd arsenul era emanat și volatilizat din coloranții utilizați la tapete sau vopsitorii, sub influența căldurii și diferitelor mucegaiuri (ce descompun arseniatul de Cu în hidrogen arseniat și metilarsină, foarte toxice). Toate determinau la suspectarea unor morți obscure pînă la cercetarea medico-legală de specialitate ce tranșa situațiile judiciare. Cazurile, deși de excepție, pot fi extrem de variate, dar ele nu scapă detectării științifice, așa cum a fost introducerea toxicului imbibat într-un tampon în timpul unui raport sexual, cu exitus, omor motivat, evident în mod delirant.

Derivații *acidului barbituric* sînt cunoscuți pentru aptitudinea lor de a produce o moarte liniștită, fără dureri. De aceea, în orice morți pretins accidentale, devine obligatorie căutarea acestor substanțe în organe, tocmai datorită frecvenței sinuciderii cu derivați ai acidului barbituric. În raport de doză aceste substanțe au efect hipnotic, sedativ sau toxic. În general, DML este de circa 10 ori mai mare decît doza terapeutică, dar se cunosc supraviețuiri la doze mult mai mari, după cum se cunosc și cazuri letale la doze mai reduse. Simptomatologia este dominată de comă cu facies vultos, aprins, iar moartea se produce prin deprimarea extremă a funcțiilor vitale. Modificările morfologice nu sînt caracteristice (edem și hemoragie meningo-cerebrală, edem pulmonar), dar constatarea resturilor de tablete între pliurile mucoasei gastrice alături de cercetarea toxicului în organe stabilește diagnosticul medico-legal.

Alcoolul, cînd depășește coeficientul normal de ardere Widmark de 0,15 — 0,17 g alcool/l/h (clearance-ul alcoolic), poate produce moartea în faza ce urmează comei (care la rîndul său urmează fazei euforice și apoi medico-legale). La concentrații de peste 5 g‰ se produce coma letală, dar la suferinzi, tarați, femei, copii, moartea se poate produce și la concentrații mai mici. La etilicii cronici moartea se poate produce și prin congestie pulmonară, hemoragie meningeală, pancreatită sau prin sufocare cu vărsături. Unii derivați din alcool pot deveni letali, ca metanolul, izopropilalcoolul ce dau nefroze, necroze hepatice. Acetaldehida, produs de metabolizare a alcoolului, blochează formarea complexului actomiozinic prin inhibarea legării Ca de troponină, urmat de deprimarea contractilității. Toxicomania etilică evoluează cu o fază de obișnuință, apoi depedență și sevraj ce duce la *delirium tremens*, de obicei. Sînt caracteristice, la etilicul cronic, gastrita atrofică, steatozele hepatice, miocardozele, hemoragiile pancreatice.

Alcoolul metilic, sub influența alcooldehidrogenazei, se descompune de 4 ori mai lent în formaldehidă și acid formic și, la doze de 30—60 ml, datorită acidului formic, devine letal.

Etilenglicolul (antigelul) are semne de intoxicație ce seamănă cu intoxicația etilică la care se adaugă acidoza și prezența cristalelor de oxalat de Ca în rinichi (coloratia Kosa) ce obstruează tubii. DML e 100 g și prin gustul său dulce se confundă cu băuturile dulci. Se moare după o stare ebrioasă cu confuzii, euforie, vărsături și edem pulmonar.

Alcaloizii sînt substanțe organice (denumite astfel datorită proprietăților lor alcaline) cu aptitudinea de a produce moarte la doze mici, de circa 10 ori doza terapeutică. Alcaloizii sînt substanțe toxice funcționale prin excelență, deoarece sînt active în cantități de mg și nu produc leziuni caracteristice. Descompunerea substanțelor organice produce astfel de alcaloizi (ptomaine), fapt ce determina pe sciți să-și moaie săgețile de luptă în sîngele

putrefiat. Alcaloizii includ Solaneele (atropina, hioscina, scopolamina), apoi nicotina și morfina ce produc adevărate toxicomanii, dar și intoxicații mortale prin administrarea criminală sau în scop de suicid. La acești alcaloizi s-au citat și morți rapide prin intoleranță la cîteva picături de substanță pusă pe venele secționate. Morfina se utilizează mai ales în scop de suicid, de către persoane ce au acces la substanță și rareori în scop criminal, deoarece gustul său foarte amar este perceput în alimente. Se cunosc și crime cu morfină injectată sub pretextul altor medicații. Alcaloizii nu produc modificări morfologice, cu excepția unor lividități sau gangrene care, datorită colapsului toxic, apar chiar din timpul agoniei. Examenul toxicologic este însă suveran în precizarea diagnosticului. Morfina dă o exaltare a funcțiilor intelectuale cu dispariția senzațiilor penibile, apoi pierderea voinței și afectivității. Prin injecții nesterile, morfinomanii își transmit hepatita, septicemii sau tetanos. Cei în șoc sau colaps, cărora li se fac doze de sedare, după ieșirea din colaps pot resorbi cantități mari de drog și face intoxicații. Datura din țigările antiasmatice dă halucinații, confuzii, reacții de panică, opiul produce paralizii ale voinței și reverii erotice, cocaina agitații cu agresivitate, digitala s-a utilizat în intoxicații criminale sau prin confuzia cu estradiolul a dat 20 decese la unii bolnavi, iar aconitina a fost injectată chiar în struguri în scop criminal.

Stricnina, alcaloid cu uz veterinar sau uman, acționează asupra plăcuței neuro-motorii, producînd moarte prin paralizie respiratorie cu comă și crize convulsive. Stricnina nu produce modificări morfologice deosebite și se utilizează îndeosebi în scop de suicid cînd produce moartea la DML de 0,05 g (o tabletă pentru cîini, de uz veterinar, are 0,10 g). Mai rar moartea este accidentală, ca în cazul supradozării medicamentoase. Excepțional se poate utiliza în scop criminal, deoarece, datorită gustului său amar ce poate fi perceput în concentrații de 1/400 000, impune camuflarea prin incorporarea stricninei în băuturi sau medicamente amare.

Drogurile halucinogene sau de altă natură sînt substanțe ce facilitează comunicarea între subiecți marginali, creînd o lume imaginară, relaxînd trăirile subconștientului și putînd determina chiar la acte agresive. În pană de drog, unii au băut urina celor drogați cu LSD, care manifestă cele mai puternice efecte de depersonalizare. La subiecți se vor căuta leziunile de flebită roșie (inflamație acută) și brună (scleroză secundară).

Unele intoxicații criminale s-au produs și cu substanțe radioactive, prin introducerea unor atare cristale de bromură de radiu în medalioane etc.

Intoxicațiile cu *pesticide* se produc ca urmare a contactului accidental sau voluntar cu astfel de substanțe chimice, utilizate în agricultură pentru combaterea dăunătorilor și implicit pentru creșterea productivității agricole (insecticide, ierbicide, fungicide, rodenticide etc.). Mai frecvent incriminate sînt parationul, ortocrezolii și derivații organocloruraţi, deși se cunosc astăzi peste 50 000 produse numai organofosforice (tabelul 47).

Derivații organofosforici, al căror reprezentant este parationul, produc intoxicații frecvente și grave, solitare sau colective, a căror profilaxie constituie o obligație medicală majoră. Toxicul poate fi confundat cu uleiurile și încorporat în alimente. A fost transmis în laptele animalului furajat cu plante stropite, a produs morți în cazul badijonării tegumentelor cu astfel de substanțe, în cazul stropirii încăperilor pentru dezinsectizare precum și în cazul stropirii lanurilor unde apoi copiii au inhalat vaporii de substanță. De asemenea, intoxicațiile se produc prin nerespectarea regulilor de protecție a muncii (de ex. stropirea împotriva vîntului) sau prin lipsa antidotului din dotarea punctelor sanitare.

Tabelul 47

Cele mai frecvente pesticide utilizate

Clasa de substanțe	Exemple
Insecticide	— *organoclorurate:* DDT, metoxiclor, keltan, gamexan, cloropicrina, aldrin, dieldrin, clordan, DD, endrin, HCH, nemagon 20, pollacaricidol, tetradifon, toxaphen — *organofosforate:* paration, malation, etion, gution, rogor, diazinon, schradan, fosfina, bidrin, birlan, bromophos, clorthion, vapona, neguvon, disiston, etil paration, fosdrin, fosfamidon, metasistox, metilparation, mipafox, ortodibrom, paraoxon, systox — *carbamice:* sevin, carbaryl, dimetan, izolan — *nitrofenolice:* DNOC, DNOP, DNBP, DNCHP — *heterociclice:* nicotina, normicotina, fenotiazina, rotenona — *organice:* piretrine, acrilonitril, sulfura de carbon, tetraclorura de carbon — *uleiuri minerale:* hortitox — *diverse:* etilenoxid, metilizotiocianat, paradiclorbenzen
Rodenticide	— stricnina, ANTU, warfarina — anorganice nemetale: sulf, polisulfuri, fosfor, fosfura de zinc, cianuri, tiocianuri, arsen — anorganice metale: mercur, taliu, bariu, cupru — organice: fluoroacetatul și metilfluoroacetatul de sodiu, fluoroacetamida, crimidin
Funticide	— formaldehida, pentaclornitrobenzen, clorfenol, captan, naban, zineb, maneb, ferban, urbazid, bromura de metil
Erbicide	— simazina, atrazina, amizolul, monuron, diuron, diclordon, dicloral-uree, clorat de potasiu, borax, fenol, anilina, caprolactama, ciclohexama, ciclohexanonoxima, ditiofosfat, dextrine, detergenți, cianamida calcică, barban, diallat, triallat

Parationul este o substanță de culoare gălbuie, cu miros de usturoi precum și de petrol, datorită faptului că este dizolvat în astfel de lichid. El produce moarte rapidă prin blocarea colinesterazei eritrocitare, plasmatice (pseudocolinesteraza), cu realizarea unor fenomene de tip muscarinic, nicotinic și de sistem nervos central. Sînt astfel caracteristice mioza, sialoreea, lăcrimarea, vărsăturile, diareea și bradicardia (fenomene muscarinice), convulsiile, astenia și paraliziile (fenomene nicotinice), hiperexcitabilitatea, cefaleea, somnolența și tulburările respiratorii (fenomene ale afectării sistemului nervos central). Semnele de intoxicație apar cînd colinesteraza scade sub 30%, iar în caz de supraviețuire simptomele pot persista, deoarece enzima se reface greu. Parationul produce edem pulmonar seros sau hemoragic, leziuni hemoragice pancreatice și în glandele submaxilare, fiind ușor de recunoscut prin mirosul său în stomac. Moartea este, de regulă, accidentală (prin confuzia substanței cu alimentele sau băuturile), mai rar în scop de suicid sau în scop de crimă, și se datorește opririi respirației prin paralizie respiratorie consecutiv blocării transmiterii neuromusculare prin excesul de acetilcolină (ca și la botulism, veninuri, tubocurarină, micine), inhibării ATP-azei miocardice cu tulburări de conducere letale, asfixiei mecanice prin hipersecreție bronșică sau bronhospasm. S-au produs crime prin introducerea substanței în băuturi, în căile genitale sub formă de tampoane, în gura nou-născuților (în țoc) sau în mierea de albine pe care victima, autor al actului de suicid, știa că o va consuma soțul supraviețuitor (tentînd astfel un omor după sinuciderea sa).

Compușii organo-clorurați s-au sintetizat plecînd de la DDT și cel mai reprezentativ compus este aldrinul, care prin aspectul său se confundă foarte ușor cu făina, fiind incorporat în prepararea pîinii sau a altor alimente. Toxicul are o afinitate pentru țesutul grăsos, ce dă un gust rînced cărnii de pasăre care a stat mai mult într-un astfel de mediu.

Ortocrezolii, al căror reprezentant tipic este dinitroortocrezolul sau sandolina, produc de asemenea intoxicații grave letale, al căror mecanism rezidă în inhibarea fosforilărilor oxidative, consecutiv cărora energia neutilizată prin lipsa de oxidare a glucidelor se eliberează sub formă de căldură, producînd moartea în condițiile creșterii temperaturii corpului (pînă la 40°), concomitent cu creșterea metabolismului bazal. Toxicul produce leziuni grave hepatice și, prin colorația galbenă a conjunctivelor, intoxicația se confundă deseori cu hepatita. La autopsie se constată o distrofie galbenă acută a ficatului, o colorație în galben a mucoaselor și seroaselor, iar în decesele rapide, prezența sandolinei de culoare galbenă în stomac.

Diagnosticul medico-legal al intoxicației cu pesticide se pune de aceeași manieră, la antecedentele și împrejurările intoxicației coroborînd datele examenului morfologic și în mod obligatoriu datele analizei toxicologice calitative și cantitative de decelare a prezenței toxicului în organe și umori. Există metode precise de determinare a toxicului iar constatarea sa în urină sau organe atestă caracterul vital al intoxicației.

Problemele medico-legale comune tuturor intoxicațiilor se referă la:

— diagnosticul medico-legal pozitiv de intoxicație, ce decurge din epuizarea metodologiei de lucru menționate. Prin simptomatologia lor intoxicațiile se pot confunda și cu alte stări patologice, fapt ce obligă la diferențierea acestor situații. Prin metodele diagnosticului medico-legal se vor putea înlătura toxiinfecțiile alimentare, stările septicemice, infecțiile variate etc.;

— o altă problemă importantă se referă la aprecierea cantității și concentrației toxicului în organism, deoarece administrarea toxicului în doze letale atestă intenția de a omorî iar în caz de supraviețuire (prin promptitudinea și eficacitatea tratamentului) atestă tentativa de omor. Astfel, într-un caz în care soluția de sodă caustică a fost introdusă forțat în cavitatea bucală a victimei imobilizată de 3 agresori, concentrația toxicului restant în sticlă precum și în lichidul de spălătură gastrică a relevat aptitudinea (posibilitatea) sa de a produce moartea (tabelul 48);

Tabelul 48

DML a celor mai frecvente intoxicații acute (alcătuit după Banciu — Oardă)

Toxicul	DML
Acetonă	75 ml
Acid acetic	10—20 g (200 ml oțet)
Acid boric	5 g la copii (sensibilitate la 0,1 g)
Acid cianhidric	0,05 g (cianuri Na, K = 0,10—0,20 g)
Acid clorhidric	10—15 g ac. concentrat
Ac. fluorhidric	0,5—1 g pentru fluoruri
Ac. azotic	3—5 g pentru ac. azotic fumans și 8—10 g pentru acid azotic concentrat
Ac. oxalic	4,15 g
Ac. salicilic	10—20 g
Ac. sulfuric	5—10 g
Alcaloizi	de 10 ori mai mari decît doza terapeutică
Atropină	0,02—1 g
Alcool metilic	10 g
Aldrină	2—3 g
Amoniac	10 ml sol. 25%
Anilină	15 g
Antu (α naftiltiouree)	30—40 g

Toxicul	DML
As	0,12—0,15 g pentru anhidrida arsenioasă
Barbiturice	În general de 10 ori mai mari decît doza terapeutică
— Pentru barbiturice cu acţiune redusă	1,5 g
— Pentru celelalte barbiturice	1,8—10 g
Bariu	
— Clorură de bariu	0,8 g
— Acetat şi carbonat de bariu	2—4 g
Bioxid de sulf	1,5—2 mg la 1 l aer
— Sulfiţi şi metabisulfiţi per os	10—20 g
Benzen	10—15 g
Bromoval	15 g
Cantarida	1,50—2 g pulbere de cantaridă
Chinina	5—10 g
Cloraţi	10—15 g
Cloroform	40 ml pe cale bucală
Clor	atmosferă cu 0,15 mg/l
Cocaină	1—2 g *per os* şi 0,2—0,3 g subcutanat
Colchicină	7—10 mg
Compuşi organo-fosforaţi	10 mg/kg
Coniină	0,15 g substanţă bază şi 20—30 g plantă
Cucută	0,5 g cicutoxină
Curara	5 mg în injecţii. *Per os* nu are acţiune
DDT — (diclor difeniltricloretan)	10—15 g
DNOC (dinitroortocrezol)	1—2 g. În atmosferă o concentraţie de 0,2 mg/m³ aer
Eter	25 ml pe cale bucală
Etilenglicol (antigel)	100 ml
Fenacetină	Doza nu e precizată dar 5 g au produs intoxicaţii grave
Fenol	8—15 g
Sulfat feros	30 g (copii 3 g)
Fluoracetat de sodiu	30 mg
Formaldehidă	10—20 ml sol 40%
Gamexan (hexaclorciclohexan)	3 g
Pulbere digitală	2,5 g (digitoxina 6—7 mg)
Hidraţi alcalini (soda caustică)	10—20 g
Hidrazida izonicotinică (HIN)	4—8 g
Hidrogen arseniat	Conc., în atmosferă de 15 părţi la 1 milion
Hidrogen sulfurat	Concentraţie în atmosferă de 0,1—0,2% (sulfura de sodiu 10—15 g)
Imipramina (antideprin)	2—4 g
Meprobamat (carbaxin)	15—20 comprimate (6—10 g)
Sublimat Hg	0,15—0,30 g (calomel 10 g)
Metaldehida	8—10 g
Morfină	0,15—0,20 g (0,09 subcutanat) Pt. opiu 2 g
Nicotină	0,05—0,06 (circa 2 picături)
Nitraţi alcalini	8—12 g
Nitriţi alcalini	3 g adult şi 0,5 g copii
Nitrobenzen	1—2 g
Paration	0,20—0,50 g paration pur
Petrol	20 g pentru benzină; 100 g pentru petrol lampant
Piramidon	8—10 g
Procaină	2 g
Santonină	1 g
Secară cornută	10—20 g (cîteva mg ergotamină i.m.)
Stricnină	0,05 g
Strofantină	peste 1 mg i.v.
Sulfură carbon	10 ml ingerată
Taliu şi sărurile sale	0,5 g
Tetraclorură de carbon	10 ml *per os* şi peste 1 mg/litru aer
Veratrină	20 mg

— în caz de supraviețuire este necesar să precizăm consecințele și sechelele intoxicației, cum ar fi stenozele vaginale cu impotență de coabitare și procreare după toxice introduse în căile genitale, uretritele stenozante după instalări cu nitrat de argint hiperconcentrat, cicatricele și prejudiciile estetice după vitriol etc. La copii la care intoxicațiile se produc cel mai frecvent din curiozitate, mai ales în jurul vîrstei de 3—4 ani (vîrsta lui „de ce?") cînd confundă medicamentele cu bomboanele, zahărul cu soda caustică etc., se pun probleme juridice de responsabilitate privind supravegherea lor.

MEDICINA LEGALĂ A ACCIDENTELOR MEDICAMENTOASE

Frecvența accidentelor medicamentoase consecutivă creșterii arsenalului terapeutic, precum și gravitatea consecințelor posibile la orice fel de substanță (se spune că afară de apă și sare orice substanță poate sensibiliza) obligă la o apreciere medico-legală, în primul rînd în scopul de profilaxie a lor și în al doilea rînd de partajare corectă a responsabilităților implicate. Frecvența accidentelor medicamentoase a dus la constituirea în medicină a unei noi preocupări (iatrogenia) și la individualizarea unor noi boli denumite boli iatrogene (*iatros* = medic). În Franța, în timpul unei greve a medicilor, mortalitatea a scăzut cu 25% prin evitarea iatrogeniei. Se citează 350 decese la 5 000 accidente terapeutice. Curentul viguros de profilaxie a acestor accidente aparține farmacovigilenței, care precizează și semnalează orice reacție de tip advers după vreun medicament. Substanțele organice au în cel mai înalt grad aptitudinea de a sensibiliza și de a produce intoleranțe letale, așa cum ar fi derivații de cortizon ce pot produce ulcere gastrice (ulcere cortizonice) sau perforații ale ulcerelor preexistente, vaccinurile administrate atunci cînd au contraindicații, antibioticele administrate injectabil după proceduri de administrare locală ce sensibilizează la maximum etc. La circa 30 milioane de injecții se înregistrează un șoc anafilactic la penicilină, dar accidente de intoleranță letală s-au produs și la substanțe anodine cum ar fi vitamina B_1 sau chiar vitamina C.

După Brown, accidentele medicamentoase se clasifică în supradozări absolute (exces de doză) sau relative (supradozare prin neeliminare), intoleranțe cu efecte lăturalnice, cu efecte secundare sau prin idiosincrazie. Din acest punct de vedere, accidentele medicamentoase sînt prin excelență o patologie a individualității (reactivității), niște manifestări indezirabile legate de răspunsul imunitar specific al unui medicament (cu proprietăți de proteină străină organismului ce nu se degradează rapid). De exemplu, cantitățile mici de antibiotice din alimente, instilațiile pe mucoase, injecțiile repetate sensibilizează în cel mai înalt grad.

S-ar putea evidenția următoarele situații mai particulare de accidente medicamentoase:

Accidentele transfuzionale se explică imunologic, imunologic neeritrocitar, infecțios, prin supraîncărcare, embolii cu aer sau transfuzarea rapidă de sînge rece.

Accidentele anestezice în care evaluarea factorilor de risc se bazează pe existența unor parametri cuprinși de scara Adriani, scara Moor sau a societății de anestezie din S.U.A. (risc 1—7). Incriminarea anesteziculuí se face pentru greșeli de indicație, de tehnică, ce reprezintă doar 5—15% din accidentele anestezice. În rest ele rămîn dificil de apreciat, datorită necunoașterii

tuturor factorilor implicați, naturii fenomenului implicat (exemplu, o hipertensiune malignă), asocierii complicațiilor anestezice cu alte accidente etc.

Accidente prin confuzie: la 20 bătrîni cu cancer de prostată, în loc de capsule cu estradiol s-au dat capsule cu digitoxină (10 mg pură) cu exitus prin diaree, vărsături, vedere colorată, sudori reci, bradicardie, sincope (la peste 30—40 mg).

Emboliile gazoase iatrogene se văd în arteriografii, cateterisme cardiace, perfuzii, intervenții neurochirurgicale, pe cord sau vasele cervicale.

Gazele intestinale (ce conțin O_2 și N din deglutiția aerului, H_2 și CH_4 din metabolismul microbian, CO_2 din fermentații) sînt potențial explozive în utilizarea instrumentelor chirurgicale electrice.

Accidentele la perfuzii considerate prin detergenți (nespălarea sticlăriei) sînt în realitate prin endotoxine provenite din liza membranelor unor bacterii gram-negative ubicuitare (din ecologia intestinală) și care sensibilizează.

Teofilina dă aritmii ventriculare iar disulfiramul leziuni hepatice alergice.

Colchicina dă leziuni hepato-renale și comă cu leziuni de aglutinare a cromozomilor, de coagulare diseminată intravasculară.

În cadrul problematicii medico-legale ridicate de un astfel de accident este necesar de clarificat dacă:

— s-a stabilit diagnosticul de boală și s-a indicat în mod corect medicamentul față de diagnosticul precizat. O eroare previzibilă de diagnostic atrage eroarea terapeutică și implicit imputabilitatea faptului;

— dacă s-au respectat contraindicațiile administrării medicamentului, așa cum sînt ele statuate de normele terapeutice;

— dacă administrarea a fost corectă iar, în cazul utilizării unor substanțe riscante, dacă a fost urmărită în timp, pentru a surprinde orice accidente inițiale de intoleranță. Deseori, administrarea se face de către persoane care nu au aptitudinea și calificarea în acest sens și atunci responsabilitatea revine celui ce delegă atribuțiile sale unei alte persoane. În același timp, la medicamente riscante, urmărirea bolnavului devine o necesitate, deoarece se știe că un accident surprins în timp util este benign, iar surprins tardiv, devine malign;

— dacă accidentul s-a produs, este necesar de dovedit că el a fost tratat corect, după aceleași norme științifice; conduita de urgență obligă a avea la îndemînă trusa de urgență și medicația recomandată pentru fiecare substanță în parte;

— o problemă de „carrefour" în aprecierea vinovăției față de un astfel de accident este obligativitatea cercetării intoleranței sau alergiei la medicamente. În acest scop, medicul are la îndemînă posibilitatea efectuării diferitelor teste intradermice sau *in vitro* (exemplu testul IDR la novocaină, testul de transformare blastică a limfocitelor al lui Halpern, de cercetare izotopică a timidinei tritiate incorporate, radioimunologice sau testele recomandate de firmele producătoare etc.), ce trebuie utilizate tot cu precauție deoarece pot apărea cazuri cînd accidentul se produce chiar la IDR, cînd, deși testul este negativ, accidentul se produce la administrarea substanței sau chiar în cursul desensibilizării. O mare valoare profilactică în acest sens o are cercetarea din anamneză a diferitelor reacții de intoleranță a subiectului la același sau la alte medicamente (prurit, urticarie, stări alergice, stări colapsoide etc.) și care vor trebui să contraindice administrarea medicamentului sau să determine la măsuri de desensibilizare prealabile. Cercetarea anamnezei, în acest scop, rămîne o metodă suverană de prevenire a dramelor prin astfel de accidente;

— ori de cîte ori medicul utilizează substanțe cu risc crescut de producere a intoleranțelor, va recurge la o posologie a acestui risc prin aprecierea efectelor medicației riscante (după epuizarea altor terapii) în raport de efectele evoluției naturale a bolii. Ori de cîte ori medicamentul este mai riscant decît evoluția naturală a bolii, va fi înlocuit cu alte terapii pentru a preveni atare accidente (riscul să nu depășească beneficiul sau, altfel spus, să se pună nevoia înaintea riscului, „need versus risk", deci nu se va neglija *ratio* risc/beneficiu);

— necesitatea consimțămîntului informat, ca drept al bolnavului;

— scrierea tuturor instrucțiunilor pe rețetă, deoarece, într-o exprimare generală actuală, indicarea unui medicament „este o necesitate sau o greșeală", neexistînd medicamente anodine;

— în terapia cu antibiotice, monoterapia va fi regula și politerapia excepția, se vor prefera cele cu spectrul redus, cu doze suficiente pe timp limitat și cu eliminarea focarului de infecție;

— în ceea ce privește medicamentele pentru profilaxia accidentelor, se va avea în vedere că orice medicament are pericole folosit îndelungat, se vor cunoaște bine indicațiile, contraindicațiile și reacțiile adverse, se va acorda maximum de prudență asocierilor medicamentoase etc.

Rezultatele necropsiei (dacă moartea s-a datorat unui șoc anafilactic medicamentuos cu rash tegumentar, purpură capilară, hemoliză, cianoză, insuficiență respiratorie precedată de prurit, astm, febră etc.) se vor consemna într-un raport special de autopsie medico-legală a accidentelor terapeutice, ce va include istoricul cazului, condițiile cerute de intervenție, calcularea riscurilor, condițiile preexistente (exemplu, contraindicațiile), rezultatele autopsiei, rezultatele toxicologice, concluziile. Se va avea în vedere faptul că în inhibițiile vagale, aritmii, hipotensiune, spasm laringian, spasm coronarian etc., rezultatele necropsiei vor fi negative, fapt ce va trebui supleat prin pertinența celorlalte date.

BCU IAȘI / CENTRAL

Moartea prin agenți biologici exprimă acțiunea nocivă a unor animale, insecte, microbi etc., în măsură, prin consecințele lor lezionale, să producă moartea.

Diferite animale pot produce traumatisme prin mușcare, fiind clasice leziunile produse prin lovire de taur: leziuni cu precădere în triunghiul lui Scarpa sau în regiunea ischio-scrotală (cu interesări rectale, vezicale, prostatice sau de nerv sciatic), precum și cu multiple distrugeri musculare ce constituie un bun mediu de cultură pentru germenii de pe tegumente (leziuni de toreador). Mușcăturile de animale (câini, pisici, lupi, porci etc.) ca și împungerea cu coarnele, pe lîngă leziunile traumatice propriu-zise, pot transmite diferite infecții care, în mod secundar, să producă moartea. Unele animale produc plăgi mușcate, cvasicaracteristice (plăgi înțepate și sfîșiate ale gîtului de către lup, plăgi diseminate, înțepate și călcări în picioare de către cerb etc.), care după amprenta mușcăturii vor permite orientarea către specia incriminată. De menționat că și plăgile mușcate lăsate de om pe tegumente permit o identificare a autorului agresiunii.

Mușcăturile de viperă produc o moarte rapidă prin sindrom de incoagulabilitate acută, datorită substanțelor toxice (hemolizine, neurotoxine, histamine etc.) din veninul introdus ca și proprietăților lor curarizante. Se admite că cele mai puternice otrăvuri sînt aceste veninuri. Este caracteristică pentru mușcătura de viperă existența a două înțepături localizate la circa 7 mm una de alta, pe un fond tumefiat și edematos (fig. 226). Pe glob, mușcăturile de șerpi, ajung anual la 500 000, cu 40 000 decese. În Țările Arabe se produc 900 mușcături de scorpioni la 7 000 locuitori, cu 7 decese la 100 000 locuitori. La fel în țările africane (Nigeria, Ghana) apare o mortalitate de 24 la 100 000 locuitori prin mușcături de șerpi veninoși. Mai frecvente sînt mușcăturile de *Vipera berus* (trăiește și la noi în munții Neamțului) și *Vipera xantina palestinae*. Se produc reacții anafilactoide precoce cu colaps și obstrucția respirației după care urmează necroza locală precedată de vezicație, necroză care se dezvoltă ca o gangrenă uscată, de origine ischemică sau umedă (prin acțiunea citolitică a vaccinului) la cobră. Veninul se poate detecta radioimunologic sau prin imuno-fluorescență la locul mușcăturii sau în ganglionii regionali.

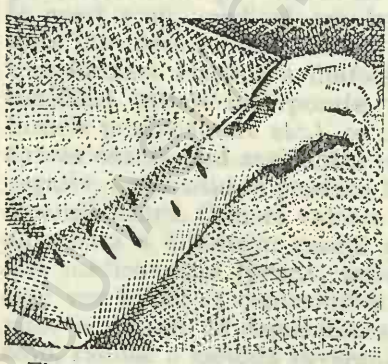


Fig. 226. Mușcături de viperă.

Cele mai toxice veninuri (mai toxice decît ale cobrei) sînt ale meduzei roșii *(Chironex flekari)* (tabelul 49).

Scorpionul înțeapă cu coada ca o reacție de apărare iar veninul său are aceleași efecte neuro- și hematotoxice.

În anumite regiuni (la noi în Delta Dunării) trăiește păianjenul denumit „văduva neagră" a cărui mușcătură este de asemenea foarte toxică (fig. 227, 228).

Accidente letale pot produce și înțepăturile de albine sau viespi. Dacă unele persoane suportă zeci de înțepături, altele reacționează prin intoleranță la prima înțe-

Specii de şerpi veninoşi după regiuni geografice (O.M.S.)

Regiunea	Categoria I	Categoria II	Categoria III
America centrală	*Botrops atrox asper.*	*Aghistrodon bilineatus*	*Botrops schlegeli*
America de Sud	*Botrops jararaca*	*Botrops alternatus*	*Botrops bilineatus*
Africa de Nord	*Bitis Arietans*	*Naja haje*	*Ceraste*
Africa tropicală şi ecuatorială	*Echis carinatus, Naja mosambica*	*Bitis gabonica, Naja nigrocolis*	*Causus Disfolidus typus*
Africa australă	*Bitis arietans*	*Dendroaspis*	*Vipera amodites*
Orientul apropiat şi mijlociu	*Echis carinatus*	*Vipera lebetina*	*Vipera amodites*
Europa	*Vipera berus*	*Vipera lebetina*	*Lapemis*
Asia de Sud-Est	*Vipera russlii*	*Bungarus ceruleus*	*Hidrofis ciancinctus*
Extremul Orient	*Naja naja*	*Trimoresurus flavovirides*	

pătură. Alte decese se datoresc supradozării de venin (două albine africane omoară un om). Veninul acestor insecte conţine, de asemenea, toxine hemolitice, histamine, neurotoxine şi nefrotoxine care pot produce moartea prin şoc anafilactic şi incoagulabilitate acută, într-un timp foarte scurt. Cu cît muşcătura este mai aproape de extremitatea cefalică, cu atît efectele sînt mai grave. În cazul înţepăturilor în gură sau faringe (la insectele ascunse în fructe, de exemplu) se poate produce un edem glotic cu exitus. Locul înţepării se recunoaşte prin tumefierea şi edematierea tegumentelor ori mucoaselor sub formă de maculă, iar un examen microscopic decelează la acest nivel tabloul tipic al unei inflamaţii alergice.

Toxiinfecţiile alimentare se produc mai frecvent prin salmonele şi bacili botulinici şi survin individual sau colectiv. Microbul este luat prin intermediul alimentelor, aşa cum ar fi, mai frecvent, smîntîna, cîrnaţii, ouăle de raţă, peştele şi conservele de peşte, carnea neverificată veterinar etc. Debutul tulburărilor şi caracterul colectiv al îmbolnăvirii, aşa cum rezultă din ancheta

Fig. 227. Scorpion.

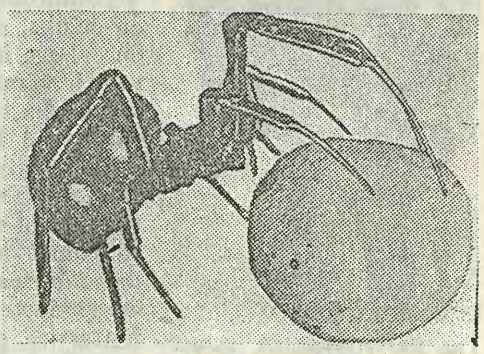


Fig. 228. Văduva neagră.

Fig. 229. Entolma lividum.

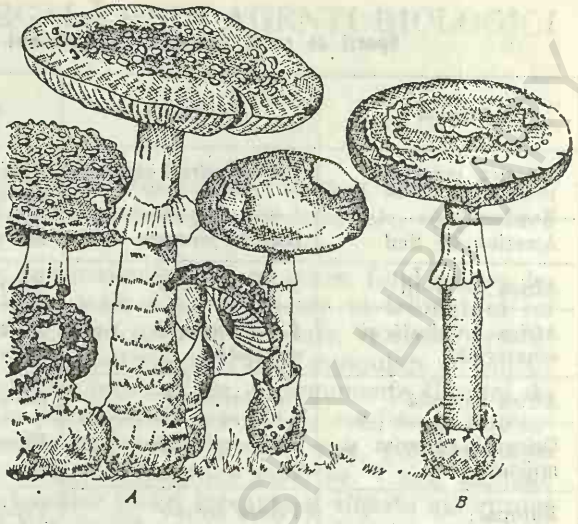


Fig. 230. Amanita muscaria (A) și phalloides (B).

socială, analizele făcute în timpul vieții în scopul izolării germenului sau după moarte prin recoltarea sterilă a produselor biologice, sînt în măsură să stabilească diagnosticul pozitiv de toxiinfecție alimentară.

Alte accidente se produc prin micotoxinele din alimentele alterate (produse de micromicete saprofite de tipul *Aspergillus*) ce dau leziuni hepatice (hepatite și hepatoame), nefropatii endemice etc.

Tetanosul produce o hiperactivitate simpatică cu exces de catecolamine (alungirea intervalului QT, inversarea undei T), cu rupturi de fibre miocardice, degenerescențe vacuolare, edem interstițial etc., identice intoxicației experimentale cu adrenalină.

Intoxicațiile cu ciuperci realizează stări patologice grave care pot genera moartea (tabelul 50). Cele mai multe intoxicații se datoresc confuziei ciupercilor comestibile cu cele otrăvitoare (un proverb francez spunea că ciupercile sînt ca oamenii, nimic nu seamănă mai mult cu cei buni decît cei răi) iar ciupercile incriminate mai frecvent sînt *Amanita muscaria*, *Amanita phalloides*, *Helvella esculenta* etc. (fig. 229, 230, 231).

Fig. 236. Gyromitra esculenta.

Sindromul faloidian e un sindrom holeriform cu colaps, cel muscarinian e un sindrom sudoral cu colaps, iar cel panterinian un sindrom atropinic cu vărsături, diaree, delir, confuzie, midriază, tahicardie, ca în intoxicația cu beladonă. În sfîrșit, sindromul helvelian e un sindrom hemolitic cu icter hepatic și hemolitic. *Amanita muscaria* și *Amanita phalloides* se confundă ușor cu opinticii și produc un sindrom de deshidratare acută cu insuficiență hepatică și anurie, denumit deci sindrom muscarinian sau faloidian. *Amanita muscaria* are și efecte halucinogene, cu viziuni macroscopice fantastice, confuzie, euforie sau acte de violență care necesită a fi cunoscute de medic. Amanitele

Principalele intoxicaţii cu ciuperci

	Sindromul	Tipul de ciupercă	Denumirea populară	Toxine	Simptome
Perioada scurtă de incubaţie (uşoare)	Faloidian	*Amanita phalloides* *Amanita verna* *Amanita capensis* *Amanita virosa*	Ciuperca albă Buretele viperei	Amatoxine (α şi γ amanitină) Amanină Amanulină Falotoxine (faloidină, faloină, falisină)	Hepatită toxică Leziuni gastro-intestinale (diaree holeriformă). Anurie. Icter
	Parafaloidian	*Lepiota helveolla*	—	—	„
	Giromitrian (helvelian)	*Giromitra esculenta* *Helvella*	Sbîrciogi Ciuciuleţi	Giromitrina	Tulb. digestive Hemoliză Anurie. Delir
	Orelanian	*Cortinarius orellanus*	—	orelanină	Nefrită
Perioadă lungă de incubaţie (grave)	Colinergic	*Clytocibes* *Inocybes* *Amanita boletus* *Psillocybes*	—	Muscarina	Fenomene muscarinice (catar, mioză, hipotensiune, transpiraţii etc.)
	Atropinic	*Amanita muscaria* *Amanita panterina*	Muscariţă, Pălăria şarpelui, Bureţi pestriţi Bureţi pestriţi, burete bubos	Acid ibotenic Muscarină Muscimol Muscazon	Delir. Midriază Convulsii. Comă
	Rezinoidian	*Entoloma lividum* *Tricoloma pardinum* *Clitocybe olearia* *Boletus satana*	Hrib ţigănesc Buretele dracului Burete roşu	—	Gastro-intestinale
	Halucinator	*Psilocybe semilanceata*	(creşte şi în România)	Psilocina Psilocibina	Halucinaţii Depersonalizare
	Coprinian	*Coprinus atramentarius*	Burete de cerneală	Coprină	Vasodilataţie şi colaps

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

duc la moarte printr-o fază gastro-intestinală urmată de alta hepatorenală cu insuficiență, comă, diateză hemoragică. Se vor constata morfologic necroze centro-lobulare cu degenerescență acută hepatică și leziuni hemoragice. *Helvella esculenta* produce cu precădere un sindrom nervos cu convulsii și comă iar ciuperca se aseamănă cu zbîrciogul. De menționat că alcaloizii acestor ciuperci rezistă la fierbere iar diagnosticul medico-legal se pune pe baza datelor de anchetă socială (consumul colectiv de ciuperci), a datelor clinice sau necropsice precum și prin examenul botanic de cercetare a sporilor specifici fiecărei ciuperci în resturile de conținut gastric.

Intoxicația cu cantaridă se produce mai ales datorită reputației de afrodisiac sau abortiv a maceratului insectei *(Lita vesicatoria)* care trăiește pe frasini, are un miros specific iar elitrele sale prezintă reflexe luminoase. Substanța toxică din insectă (cantarida și cantaridina) produce efecte nefrotoxice grave cu insuficiență renală acută, uremie și exitus. Diagnosticul medico-legal se pune prin aceleași mijloace de explorare (tabelul 51).

Moartea prin agenți biologici este, de regulă, un accident, dar în literatură s-au cunoscut și acte criminale comise cu ajutorul agenților biologici (introducerea de ricketsii în apa de băut, injectarea criminală de toxină diferică etc.).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERS

Plante toxice din România (dupa Zanoscki, Toma)

Denumirea plantei	Denumirea populară	Substanţă toxică	Doză letală	Modul de intoxicaţie	Simptome sau sindroame predominante	Alte denumiri sindromatice
Alge albastre (cianophyte)						
Microcistis aeruginosa	—	Microcistina	—	Consum scoici, raţe, apă	Convulsii şi paralizii	
Ciuperci 1) Ascomycete						
Claviceps purpurea	Cornul secarei	Ergotoxine, ergotamine şi ergometrine	Făină cu 10% scleroţi	—	Vasoconstrictoare şi simpaticolitice	
Giromitra esculenta	Sbîrciogi	Acid helvelic	10 mg/kg pe zi	Consum de ciuperci sau prin vapori de monometil hidrazină (la fierbere)	Vărsături şi convulsii şi sindrom hemolitic final	
2) Basidiomicete						
Amanita muscaria	Muscariţă	Muscarina	—	—	Sindr. muscarian (digestiv urmat de delir, agitaţie)	Beţie muscariană
Amanita panterina	Burete pestriţ	Muscarina	—	—	S. panterian (digestiv urmat de halucinaţie şi delir)	Nebunie panteriană
Amanita phalloides	Buretele viperei	Falină, amanitină	—	—	S. faloidian (fen. digestive cu hepatită citolitică şi comă)	
Coprinus atramentarius	Burete de cerneală	Coprină	—	Numai consumată cu alcool	Vasodilataţie, zgomote urechi, palpitaţii	Simptome asemănătoare antalcol

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Denumirea plantei	Denumirea populară	Substanţă toxică	Doză letală	Modul de intoxicaţie	Simptome sau sindroame predominante	Alte denumiri sindromatice
Rodophylus lividus	(Entoloma lividus)	Neurotoxină	—	—	Diaree, colaps, hepatonefrită toxică	S. lividian
Boletus satana	Hrib ţigănesc	Muscarină	—	—	Gastro-intest.	
Rusula emetica	Pînişoară piperată	Muscarină	—	—	Gastro-intest.	
		Spermatofite (Gimnospermae)				
Rumex acetosa	Măcriş	Ac. oxalic şi oxalaţi	100 g frunze = 2 g oxalaţi	—	Hipocalcemie şi lez. renale	
Euphorbia cyparisias	Alior Laptele cînelui	Euforbon	—	Consum lapte de la animalul intoxicat sau de seminţe ca purgativ	Enterită hemoragică	
Mercurialis perenis	Brei	Hermidina		Infuzii diuretice şi laxative	Hematurie	
Ricinus communis	Ricin	Ricină	20 seminţe		Tulburări vasculare şi de coagulare	
Buxus sempervirens	Merişor	Buxină		Înlocuirea hameiului cu frunze de buxus la fabricarea berii	Paralizie nervoasă	
Heleborus purpurascens	Spînz	Heleborina Heleborcina		Consum lapte animale bolnave	Vărsături, diaree, aritmii, comă	
Aconitum moldavicum şi *Aconitum napellus*		Aconitină?	1 mg. aconitină parenteral	Consum accidental de mămăligă amestecată cu rădăcini pisate pt. vulpi, bursuci, cîini	Asfixie acută	
Papaver somniferum	Mac	Morfină, codeină, papaverină	0,3 g		Comă	
Padus laurocerasus	Laurocireş	Glicozizi cianogeni care sub acţiunea enzimelor = HCN (prunasină)	1 kg frunze = 2 g HCN	Consum de frunze drept condiment	Convulsii şi colaps	

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Denumirea plantei	Denumirea populară	Substanță toxică	Doza letală	Modul de intoxicație	Simptome sau sindroame predominante	Alte denumiri sindromatice
Amigdalus communis	Migdal amar	Glicozizi cianogenici (amigdalină)	100 g migdale (5—8 semințe la copil)	Consum semințe cais, piersic, cireș, migdale		
Laburnum anagiroides	Salcîm galben	Citisina		Consum lapte intoxicat	Convulsii, comă, asfixie	
Aesculus hipocastanum	Castan porcesc	Saponine (escina)		Consum castane	Paralizii	
Ilex aquifolium	Laur	Saponine		Consum fructe colorate	Gastroenterită letală	
Rhamnus frangula	Cruşîn	Antrachinone		Consum fructe	Convulsii, comă	
Hedera helix	Iederă	Saponine		Consum de bace de iederă	Vărsături, diaree, paralizie	
Conium maculatum	Cucuta	Coniina		Administrare criminală	Paralizie de tip ascendent	
Hyosciamus niger	Măselariță	Hiosciamină Scopolamină Atropina		Consum lapte	Paralizie generală	
Datura stramonium	Ciumăfae	Hiosciamină Scopolamină Atropina		Consum lapte	Paralizie generală	
Atropa belladonna	Mătrăguna	Hiosciamină Scopolamină Atropina	3 fructe omoară un copil	Consum fructe (confuzia cu afine)	Paralizie generală	
Solanum tuberosum	Cartof	Solanine		Cartofi încolțiți		
Nicotiana tabacum	Tutun	Nicotina			Comă	
Digitalis purpurea	Degețel roşu	Digitoxina				
Digitalis lanata	Degețel linos	Diginatozid				
Nerium oleander	Oleandru	Oleandrină Neriină		Consum carne pasăre friptă pe lemn de oleandru		

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Denumirea plantei	Denumirea populară	Substanță toxică	Doză letală	Modul de intoxicație	Simptome sau sindroame predominante	Alte denumiri sindromatice
Ligustrum vulgare	Lemn cîinesc	Siringină		Consum bace	Simptome digestive	
Viburnum opulus	Călin	Glicozizi și saponine		Consum de fructe (cantități mari)		
Lonicera xylosteum	Caprifoi	Saponine (ex. siringina)		Consum de fructe (cantități mari)	Paralizie	
Lonicera peridimenum				Consum bace		
Lonicera tatarica	Caprifoi tătărăsc			Consum bace		
Simforicarpus racemosus	Hurmus	Saponine		Consum bace	Simptome gastro-intest.	
Bryonia alba	Mutătoare	Brionicina	40 bace pt. adult	Consum bace	Simptome gastrointestinale și paralizii, delir	
Colchicum autumnale	Brîndușa de toamnă	Colchicina	0,005 g sau 5 g semințe	Consum lapte	Diaree și paralizie ascendentă	
Veratrum album	Stirigoaie	Alcaloizi de tip veratrum	0,03 g	Confuzia rizomilor în prepararea băuturilor	Diaree, ataxie, convulsii	
Maiantemum bifolium	Lăcrămiță			Confuzia frunzelor pentru ceai cu cele de afine		
Galantus nivalis	Ghiocel	Alcaloizi cu nucleu indolic		Confuzia bulbilor cu cei de arpagic	Simptome gastrointestinale	
Narcisus poeticus	Narcisă	Licorenina		Confuzia cu bulbii alimentari	Somnolență, convulsii	
Tamus communis	Untul pămîntului			Confuzia cu guliile sau consum de bace	Vărsături, colici	
Lolium temulentum	Zîzanie	Temulina		Pîine amestecată cu cariopse sau la fabricarea berei	Paralizii	
Arum maculatum	Rodul pămîntului	Aronină Arină		Consum fructe Consum carne de animale intoxicate.	Paralizii, convulsii Hemoglobinurii Diaree	

BCU IAȘI CENTRALA PROVIDENCE LIBRARY

ROLUL AGENȚILOR PSIHICI ÎN PATOLOGIA MEDICO-LEGALA

Trauma psihică este recunoscută ca producînd dereglări neurocirculatorii acute capabile să precipite moartea. La omul sănătos se admite mai greu că trauma psihică ar fi în măsură, *per se*, să declanșeze o moarte. În anumite condiții premorbide însă (bolnavi de ateroscleroză, la cei cu bufee hipertensive, hiperexcitabili, hipervagotonici sau cardiaci, așa cum ar fi bolnavii cu cardioscleroză, insuficiență coronariană, sau la cei cu astm bronșic), factorul psihic poate precipita un accident patologic letal. Moartea prin traumă psihică, pe fondul patologic menționat, trebuie deosebită de moartea prin inhibiție produsă printr-un excitant reflex (ca, de exemplu, excitarea vagului la lovirea laringelui, lovirea organelor genitale, tentativele de intubație etc.) și la care moartea se poate produce în condiții de perfectă sănătate dar pe un fond de hiperreactivitate reflexă și umorală.

În literatură, în cazuri excepționale, se vorbește și de o moarte psihogenă acută, produsă după emoții excesive, sentimente acute de culpă, angoase acute etc. (moarte prin anxiocuție). În atare împrejurări, se pare că excitantul psihic de tipul spaimei sau fricii acute, prin intermediul scoarței cerebrale, produce reacții vaso-motorii acute, care, alături de cele hormonale (secreția excesivă de catecolamine) duc la tahicardie marcată, hipotensiune generală cu hipertensiune splanhnică și ischemia consecutivă a bulbului ce poate genera sincope cardiace și respiratorii (Canon). În stressurile repetate, acumularea catecolaminelor în miocard poate produce necroze miocardice acute cu reacții fatale la un nou excitant psihic. O serie de fapte de observație clinică permit a decanta rolul factorului psihic în geneza unor accidente letale pe un fond, evident, de suferință organică premorbidă sau de reactivitate patologică. Într-un caz de simulare a unei morți, de care pentru prima dată ia cunoștință o femeie în vîrstă, la gluma făcută de victimă, femeia face un stop cardiac pe fond de cardioscleroză cu exitus.

BIBLIOGRAFIE

1. Banciu Tr., *Ficatul alcoolic*, Editura Facla, 1982.
2. Brunhes J., *Accidents thérapeutiques et responsabilité*, Masson, 1969.
3. Bănciu I., Oardă V., *Intoxicațiile acute*, Editura Medicală, 1966.
4. Bouletreau P., *L'intoxication aigue par l'oxyde de carbone*, Masson, 1969.
5. Cotrău M., Butuc A., *Toxicologia gazelor volatile*, M. I. Chimice, 1982.
7. Desmares J. J., *Manuel de toxicologie clinique et médico-legale*, P. U. Bruxelles, 1968.
8. Desmarez J. J., *Manuel de médecine légale*, P. U. Bruxelles, 1968.
9. Derobert L., *Les intoxications et maladies professionnelles*, Masson, 1958.
10. Eck M., *Le médecine face aux rîsque et responsabilité*, Fayard, 1968.
11. Eliade E., Toma M., *Mic atlas de ciuperci*, Editura Didactică și Pedagogică, 1977, București.
12. Fronescu E., *Erori de diagnostic în medicina internă*, Editura Medicală, 1970.
13. Helpern M., Knight B., *Autopsy*, *Martin's Press*, New York, 1977.
14. Leclerc M., *Spectrum*, 1975, 2, 1.

15. Mogoş Gh., *Intoxicaţii acute*, Editura Medicală, Bucureşti, 1981.
16. Moraru I. şi col., *Medicina legală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1968.
17. Muller H. P., *Archives de méd .lég.*, Lille, 1966.
18. Pilat I., *Urgenţe în bolile profesionale*, Editura Medicală, Bucureşti, 1960.
19. Panaitescu G., Popescu E., *Accidente medicamentoase*, Editura Medicală, Bucureşti, 1969.
20. Panaitescu G., Popescu E., *Efectele secundare ale medicamentelor*, Editura Medicală, Bucureşti, 1970.
21. Pellegrini R., *Tratato di medicina legale*, Padova, 1970.
22. Wiss N. I., *Les intoxic. aigue*, Masson, 1968.
23. Zanoscki V. şi col., *Plante toxice din România*, Editura Ceres, 1981.
24. * * * *Actualităţi în toxicologia de urgenţă*, Editura Militară, Bucureşti, 1980.
25. * * * *Acţiuni adverse medicamentoase*, Editura Medicală, Bucureşti, 1972.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

MEDICINA LEGALĂ A AVORTULUI ŞI NAŞTERII

MEDICINA LEGALĂ A AVORTULUI

Avortul a constituit în decursul timpului o problemă socială deosebită, cu implicaţii demografice, economice, medicale şi etice. A constituit o problemă demografică, deoarece abuzul de întreruperi de sarcină a dus la dezechilibre în structura populaţiei, în sensul denatalităţii şi al predominanţei vîrstelor înaintate faţă de cele tinere, în această structură. Avortul a constituit o problemă economică, deoarece întreruperile de sarcină au determinat lipsuri în producţie şi concedii prelungite. Prin consecinţele sale medicale, şi anume prin riscurile letale, prin creşterea cauzelor de sterilitate, a sarcinilor extrauterine, a prematurităţii, a numărului de avorturi spontane precum şi a riscului de autoliză, mai ales la vîrste tinere, avortul a constituit şi o problemă medicală importantă. Nu numai avortul ca atare dar şi manoperele de prevenire a sarcinii pot constitui o sursă de maladii psihosomatice, tulburări sexuale variate, dismenoree pînă la frigiditate, iar în cazul apariţiei unui copil nedorit, prin carenţa afectivă generată de această stare, riscul structurării unei personalităţi anomice este major. În sfîrşit, prin mentalitatea uşuratică pe care o determină faţă de relaţiile dintre sexe, avortul a constituit şi o problemă etică.

În decursul timpului, în diferite formaţiuni social-economice, legiferarea avortului s-a caracterizat prin interdicţia sa ca regulă, fiind admis numai în cazuri de excepţie. Astfel, în codul Hamurabi, în caz de avort se pedepseau atît bărbatul cît şi femeia. La romani, cu apariţia colonatului şi a nevoii de braţe de muncă, represiunea avortului s-a înăsprit, iar femeile cu mulţi copii erau sărbătorite în Capitoliu. Se cunoaşte apoi disputa din antichitate dintre Platon şi Aristotel privind incriminarea avortului: primul susţinea pedepsirea sa ca delict, iar al doilea susţinea pedepsirea sa mai gravă după luna a VI-a cînd fătul „are vocaţie şi sentimente" (datorită aptitudinii de a fi viabil). În societatea feudală, din aceleaşi motive succesorale de conservare a proprietăţii, avortul era riguros interzis, ca şi în capitalism, unde vizează „asigurarea forţei de muncă necesară capitalului". Astăzi, în aproape toate ţările lumii, avortul este interzis şi admis ca o excepţie pentru stări de boală sau pentru circumstanţe speciale, pe care majoritatea legislaţiilor le prevăd (autorizarea sa ca excepţie de către comisii medicale ale Ministerului Sănătăţii etc.). Legislaţiile moderne evoluează de la nevoia protejării vieţii la aceea a protejării calităţii vieţii şi consideră că familia „trebuie să scape de fatalitatea naturii" să-şi construiască în mod conştient destinul adoptînd atitudini intermediare, care nu lezează nici interesele demografice, nici dreptul familiei de a decide.

În legislaţia noastră avortul este reglementat de Decretul 770 din 1966, care defineşte infracţiunea de avort ca o întrerupere a cursului sarcinii pe toată durata sa, indiferent de mijloacele utilizate şi indiferent de către cine. Pentru obstetrică, avortul e întreruperea sarcinii înainte ca fătul să fie viabil (28 săptămîni şi 1000 g). Avortul, după lege, este autorizat ca excepţie în următoarele împrejurări:

— atunci cînd sarcina pune în pericol viața femeii (avortul legal terapeutic) și cînd conflictul dintre dreptul produsului de concepție la viață și al mamei la sănătate și viață justifică sacrificarea primului;

— atunci cînd sarcina comportă riscul transmiterii unor afecțiuni ereditare și femeia îl solicită (avortul eugenic);

— pentru motive sociale, și anume atunci cînd femeia prezintă invalidități psihosenzoriale, are peste 40 de ani, a născut 4 copii sau nu prezintă o dezvoltare somato-psihică corespunzătoare (sub 14 ani sau între 14—16 ani, de la caz la caz);

— indicațiile etice de avort sînt admise pentru sarcina consecutivă violului sau incestului, infracțiuni care trebuie probate în prealabil sub aspect medico-legal.

Legea prevede că, în cazurile menționate, avortul se efectuează numai în primele 3 luni și numai în unități sanitare investite în acest scop de către organele sanitare. În situația în care o femeie se prezintă cu un avort în curs și medicul trebuie să intervină de urgență, acesta are obligația anunțării organelor de procuratură înainte sau după manopera terapeutică, în raport de gravitatea cazului. Legea pedepsește și deținerea de instrumente cu aptitudinea de a fi utilizate în scop abortiv, precum și complicitatea, instigarea sau tentativa de avort.

În situația în care avortul este efectuat de medic, legea prevede și posibilitatea interzicerii exercitării profesiunii de medic pe o durată de timp.

Ori de cîte ori o amenoree nu este explicată de sarcină, dar femeia se consideră însărcinată și recurge la „avort", juriștii rețin fie tentativa de avort, fie mai frecvent infracțiunea de vătămare corporală, deoarece lipsește obiectul infracțiunii, și anume sarcina.

Din definiție s-a observat că legea nu vorbește de sarcină normală sau patologică, încît intervenția pe un făt mort, de exemplu, este considerată de unii ca avort iar de alții ca vătămare, întrucît lipsește cerința legii privind întreruperea „cursului sarcinii" (fapt ce presupune viabilitatea produsului de concepție). Evident că în atare cazuri femeia poate beneficia de avort legal terapeutic.

Legea prevede de asemenea că mijloacele abortive trebuie să fie idonee, adică apte de a produce întreruperea sarcinii. În situația în care mijloacele sînt parțial inapte (neidonee), ne vom afla în prezența unei tentative de avort, iar dacă mijloacele sînt total inapte, ne vom afla în prezența unei infracțiuni putative (ca în cazul în care o femeie și-a aplicat o ventuză pe abdomen, crezînd că va avorta) (fig. 232).

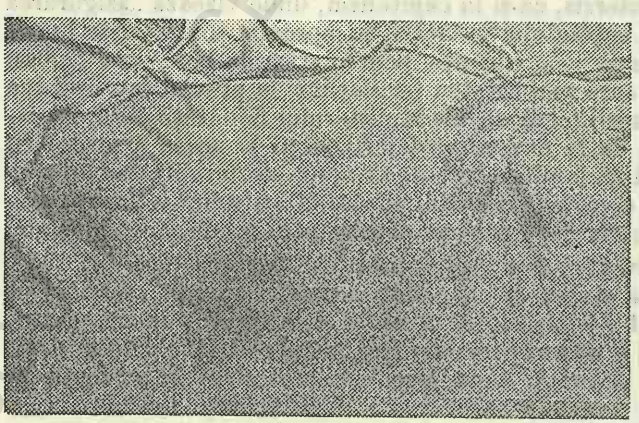


Fig. 232. Avort putativ (aplicare de ventuză).

Așa cum se observă din reglementarea legală a avortului, legea noastră soluționează în mod științific această problemă, luînd în considerație riscurile liberalizării avortului mai sus-menționate dar și riscurile unor legiferări restrictiv riguroase, care nu ar admite indicațiile de avort pentru salvarea vieții și sănătății mamei și care, în unele țări, au dus la creșterea avortului clandestin, a accidentelor letale și a sechelelor psihologice și ginecologice determinate de efectuarea avortului în condiții antisanitare. În același timp, legea exprimă asigurarea condițiilor sociale de creștere a natalității, deoarece sarcina și avortul nu sînt numai o problemă medicală sau juridică ci, în primul rînd, o problemă socială. În condițiile sociale de astăzi în care viața și sănătatea devin, din probleme individuale, adevărate probleme sociale, sarcina beneficiază în primul rînd de mijloace de stimulare socială și morală, iar avortul de o reglementare științifică, echitabilă.

Din definiție a rezultat că, în concepția legiuitorului și implicit sub aspect medico-legal, avortul este întreruperea cursului sarcinii pe toată durata celor 9 luni, din momentul concepției și pînă în momentul declanșării nașterii. Cum s-a menționat, obstetrica înțelege prin avort expulzia unui făt înainte de a fi viabil și capabil de viață independentă (înainte de luna a VI-a), iar prin naștere prematură, expulzia fătului după luna a VI-a cînd poate trăi și poate avea viață independentă. Din acest punct evolutiv de vedere, eliminarea oului (ce se face în totalitate) în primele 3 luni este un avort ovular, a embrionului (în doi timpi) în lunile 3—4 un avort embrionar și, tot așa, a fătului din luna a cincea un avort fetal.

În elucidarea problemelor medico-legale pe care le ridică avortul, un aspect de prim ordin se referă la eliminarea din discuția despre avortul provocat delictual a unui avort patologic sau spontan, în scopul de a nu se arunca, asupra unor persoane inocente, vinovății inutile. Deși se pare, astăzi, că avortul provocat delictual este mai frecvent decît cel patologic, fapt ce ne-ar determina să excludem din discuție în primul rînd avortul provocat, totuși, cunoașterea cauzelor avortului patologic sau spontan este deosebit de utilă pentru diagnosticul diferențial al felului de avort. Datele statistice, inclusiv ale O.M.S.-ului, arată că ponderea avortului patologic din avort în general nu depășește 20%. La 100 sarcini ratate, ar fi 20 avorturi spontane, 40 provocate și 40 la cerere. Ori de cîte ori se raportează o frecvență mai mare, ne-am afla în prezența unor avorturi provocate și disimulate sau etichetate greșit ca spontane. Legea French — Bierman relevă faptul că avortul incomplet este dat de o boală abortivă, deci este de natură spontană sau patologică doar în 1/3 din cazuri, iar în celelalte 2/3 cazuri avortul incomplet este explicat de avortul ilicit. Datele mai recente relevă că doar unul din zece avorturi este patologic. De aceea avortul provocat este responsabil în primul rînd de nivelul scăzut de fecunditate (O.M.S.).

Avortul spontan sau patologic („miscarriage") recunoaște cauze materne, paterne și cauze de mediu extern. Cauzele materne sînt ovulare sau din partea organelor interne. Între cauzele ovulare se reține senescența și anoxia placentei, hematoamele deciduale, infarctele utero-placentare, hidro- sau oligoamniosul, torsiunile de cordon ombilical (cînd datorită anoxiei se vor observa la făt peteșii și hemoragii suprarenale și subarahnoidiene), iar dintre cauzele interne, mai frecvente sînt cele de ordin genital (hipoplazii uterine, inflamații utero-anexiale, tulburări de statică uterină mai ales retroversia și retroflexia, tumorile uterine etc.), de ordin hormonal (deficite de erstogeni, de progesteron etc.), de ordin genetic (nondisjuncții, îndeosebi ale cromozomilor de talie mare ce duc la eliminarea spontană a oului prin erorile de meioză sau de primă mitoză, risc crescut după 40 de ani la procente de 1 avort genetic

la 24 sarcini) și incompatibilitate Rh. Avortul poate fi produs însă și de o serie întreagă de afecțiuni generale acute sau cronice de tipul pneumopatiilor, cardiopatiilor, nefropatiilor etc., după cum, medicul va trebui să rețină și cauzele sale mai izolate, printre care beanța colului uterin, cauzele imunologice sau autoimune ca o reacție de respingere prin proteinele proprii modificate din diferitele focare de infecție și care pot produce avort prin autoanticorpi. Dintre cauzele paterne se reține etilismul cronic, iradierea, avitaminozele, abuzurile de droguri, luesul etc., care prin calitatea inferioară a celulelor germinale sînt admise la originea unor avorturi. Între cauzele externe de avort se reținavitaminoza E, intoxicațiile acute sau cronice, traumatismele accidentale, psihice sau chirurgicale etc. Clinic, avortul spontan este complet și puțin hemoragic față de cel provocat care este totdeauna în doi timpi, hemoragic și infectat.

Traumatismele sînt recunoscute în etiologia avortului, mai ales cînd este vorba de traumatisme mici și repetate care, de exemplu, prin trepidații repetate pot genera un avort. Traumatismele solitare produc mai rar avorturi, mai ales în lunile mari de sarcină cînd fătul, deși bine protejat prin lichidul amniotic, este mai expus traumatismelor prin prezența sa abdominală, decît în lunile mici cînd prin fragilitatea conexiunilor fetoplacentare, deși embrionul mai protejat în micul bazin, avortul posttraumatic este tot atît de posibil. Traumatismele sînt la originea unor avorturi și sub forma exceselor sexuale, excitațiilor mecanice ale colului uterin etc. În sarcini mari, după traumatisme se pot produce rupturi uterine prin hiperpresiune uterină, în timpul șocului traumatic, favorizate de cicatricele uterine sau centurile de siguranță. Decolările posttraumatice de placentă pot fi la punctul de impact, prin comprimarea venei cave ca expresie a șocului postural din colaps, succesiunii de hiper- și hipopresiune prin șoc, decomprimării traumatice sau faptului că placenta este inextensibilă, se decolează la deformările uterului.

În criteriologia medico-legală se admite că avortul post-traumatic trebuie să întrunească următoarele condiții: lipsa factorilor constituționali de avort (avitaminoze, avorturi reiterate), avortul nu va depăși 24 ore de la traumatism, fătul și placenta vor fi normale, vor lipsi factorii de decolare prematură a placentei (hipertensiune, toxemie, anomalii uterine), va fi prezentă concordanța de sediu, traumatismul va avea o anumită intensitate și o filiație de simptome cu avortul.

Traumatismul chirurgical este grefat uneori de riscul întreruperii sarcinii. Cu cît intervenția este mai minoră și mai îndepărtată de organele genitale, cu atît riscul este mai redus. Cu toate acestea, s-au citat avorturi și după intervenții banale, cum ar fi o extracție dentară, o incizie a sînului etc.

Traumatismul psihic se pare că este o realitate în geneza unor avorturi patologice, tot așa cum amenoreea de cauză psihică (de frica sarcinii) este o constatare curentă. Traumatismul psihic a fost verificat de avorturi produse în masă, în timpul bombardamentelor, calamităților etc. Ca mecanism de producere a avortului se admite că emoția acută, prin intermediul sistemului nervos, are aptitudinea de a genera dereglări vaso-motorii în sfera genitală, dereglări care prin spasmele vasculare intermitente pot declanșa contracții uterine și întrerupe sarcina. În criteriologia medico-legală se admite că un avort poate avea o cauză psihică atunci cînd se întrunesc, în mod cumulativ, următoarele condiții: lipsa unei cauze organice sau patologice de avort, existența unei emoții intense și brutale, sarcina se dezvoltă pe un uter hipoplazic, femeia are, frecvent, antecedente de gestoză și evidențiază o personalitate fragilă, nevrotică, cu conflicte și ambivalențe în dorința de a avea copii.

O stare pseudopatologică, polară de această dată avortului psihic, se referă la sarcina falsă (pseudosarcina) sau sarcina imaginară care, de asemenea, trebuie admisă dacă se întrunesc următoarele condiții: dorința acută, perseverentă de a purta o sarcină și care, în condițiile unui sindrom de impregnare hipergonadotropă hipofizară, duce la o persistență a corpului galben, ce prin excesul de estrogeni și progesteron menține endometrul în faza progestativă cu generarea unor false modificări de sarcină, cum ar fi amenoreea, secreția lactată, depunerea de grăsime pe abdomen sau chiar contracțiile uterine etc. Deși rară, pseudosarcina trebuie cunoscută de medic deoarece „mama", luată în evidență fără vreun consult, poate fi pusă apoi să-și justifice copilul. Într-un astfel de caz o femeie obține trei certificate de concediu în vederea nașterii (pe care nu le utilizează) și cînd, la termen, se adresează medicului surprinsă de faptul că nu mai naște, acesta consideră că și-a abandonat în mod delictual copilul. Un examen medico-legal atent a arătat lipsa semnelor de naștere în prezența unei pseudosarcini ce putea fi constatată la timp. Nu rareori această sarcină imaginară se confundă cu fibromiomul gigant. Într-un caz cu totul aberant, o astfel de „sarcină" s-a produs la o femeie histerectomizată, preocupată obsesiv de compensarea dragostei de către copil. Alteori sarcina poate fi simulată sau disimulată (pentru a determina la o căsătorie).

Așa cum rezultă din cele de mai sus, diagnosticul de avort patologic implică examinări clinice corecte și explorări minuțioase în vederea partajării adecvate a responsabilităților eventuale, funcție de felul avortului (patologic sau provocat-delictual).

În avortul legal este inclus avortul cu indicație etică, socială sau terapeutică. Avortul etic obligă la un diagnostic medico-legal corect de raport sexual comis cu violență, în care scop se vor evidenția semnele locale și/sau generale de opoziție la viol. Cum uneori raporturile sexuale consimțite sînt puse ulterior, odată cu sarcina, pe seama constrîngerii, medicul trebuie să manifeste toată prudența și răspunderea ce decurge din diagnosticul științific al violului real față de pretinsul viol.

Avortul terapeutic are indicații ce conturează starea de necesitate ce îl indică. Pentru a fi o stare de necesitate, viața mamei trebuie să fie amenințată în următoarele condiții cumulative: mama să se afle în fața unui pericol vital, pericolul să nu poată fi înlăturat prin alte mijloace terapeutice, pericolul să se afle în relație cauzală cu sarcina iar întreruperea sarcinii să constituie ultimul mijloc de înlăturare a pericolului. Aceasta înseamnă că anterior s-au epuizat, fără efect, celelalte mijloace de combatere a pericolului pentru viață. În unele legislații, astfel de pericole privesc viața și sănătatea mamei, care, evident, par incluse și se subînțeleg atunci cînd este vorba de amenințarea vieții.

Indicațiile terapeutice de întrerupere a sarcinii se află incluse într-un regulament al Ministerului Sănătății ce le prevede în mod exhaustiv — delimitativ și nu enunciativ, în sensul că medicul are sarcina încadrării corecte a cazului în barem, în raport de diagnosticul stabilit și nu poate proceda niciodată prin analogie.

Aceste indicații se referă la stări patologice proprii sarcinii (ex. disgravidii), la stări patologice ce agravează sarcina, sau invers (exemplu, cardiopatii, tuberculoză), și la stări patologice ce influențează defavorabil evoluția sarcinii (exemplu: rubeola, viroze, hepatită, sifilis, radiații, medicamente etc.). Atunci cînd pericolul pentru viață din partea sarcinii este permanent, cu avizul medicului, se poate recurge și la utilizarea anticoncepționalelor.

Avortul social implică a fi rezolvat tot în cadrul comisiilor legal constituite în acest scop și, de asemenea, numai în unități sanitare.

Avortul legal se poate grefa și el de complicații primare, ca hemoragii (4%), perforații uterine (2%), endometrite (1%), tromboflebite (0,8%), embolii pulmonare (0,6%), accidente anestezice (0,1%) sau de complicații secundare ca beanța colului, prematuritatea, creșterea mortalității perinatale etc.

Avortul provocat delictual, ilicit sau ilegal, în mod inadecvat denumit și criminal (deoarece în unele țări s-a crezut că singura modalitate de luptă împotriva avortului este înăsprirea represiunii și pedepsirea avortului ca o crimă), constituie preocuparea principală a medicinei legale, în care scop, medicul va trebui să epuizeze următoarele probleme:

1. Diagnosticul de sarcină. S-a văzut că legea definește infracțiunea de avort ca întrerupere a cursului sarcinii. De aici rezultă că, în lipsa sarcinii, lipsind obiectul infracțiunii adică sarcina, nu se întrunește condiția juridică de avort. În acest caz poate fi luată în discuție o vătămare corporală sau o infracțiune putativă.

Amenoreea, ca semn de sarcină, nefiind controlabilă din punct de vedere medico-legal, trebuie luată cu multă cauțiune. Astfel, o femeie însărcinată poate avea încă menstruații, după cum există amenorei caracteristice anumitor vîrste (postpubertare, menopauză) sau unor stări patologice, dar fără sarcină.

Examenul clinic capătă o importanță mai mare în diagnosticul medico-legal de sarcină, în raport de vîrsta acesteia. Mărirea de volum a uterului, înmuierea colului uterin, mișcările fetale etc. au o valoare diagnostică mai mare sau mai mică și obligă la efectuarea unui diagnostic diferențial corect.

În sprijinul diagnosticului de sarcină o valoare mai mare o capătă reacțiile de sarcină care se pot cerceta și retrospectiv, la un interval de 5—10 zile de la întreruperea sarcinii, în raport de metoda utilizată. Astfel, reacția Galli Mainini rămîne pozitivă 5—6 zile după întreruperea sarcinii și 9—10 zile dacă, după întrerupere, în uter s-a produs o retenție de resturi placentare. Erorile fals pozitive ale reacției nu depășesc 12%, mai ales în cazul în care femeia a urmat diferite tratamente, cum ar fi cele cu clorpromazină, tratamente hormonale, a utilizat anticoncepționale, este în lactație, climacteriu, prezintă tumori hipofizare, uterine etc. De menționat că și metodele imunochimice mai noi dau erori de 5—10%.

Cercetarea macroscopică și îndeosebi histologică a produselor de chiuretaj uterin devine absolut necesară în scopul diagnosticului peremptoriu de sarcină, fapt ce obligă la recoltarea lor de către orice medic ce efectuează un chiuretaj de control în caz de urgență. Pe lîngă diagnosticul de sarcină, confirmat indubitabil prin constatarea vilozităților coriale, examenul microscopic permite și diagnosticul diferențial între mult invocata metropatie hemoragică cu hiperplazie de mucoasă și sarcina cu resturi placentare.

La cadavru, diagnosticul de sarcină se pune mai facil pe baza dimensiunilor uterului, a resturilor placentare din uter precum și a corpului galben de sarcină. Față de corpul galben menstrual, care este mai scobit față de suprafața ovarului, mai adînc și mai gros, cu un cheag fibrinos în centru, corpul galben de sarcină este mai mare, mai plin, de culoare galben-roz (mai mult sau mai puțin hemoragic) și ieșit în afară. Sub aspect microscopic, corpul galben de sarcină are un centru vascularizat și un strat progestativ de celule poliedrice cu vacuole coloide și lipidice în citoplasmă, precum și o tramă conjunctivă între celule.

Semnele directe de sarcină se referă însă la constatarea vilozității coriale, a cărei structură este caracteristică: un strat extern sincițial, un strat intern citotrofoblastic al lui Langhans și un ax conjunctiv în centru (fig. 233, 234; planșa IV, fig. 21).

Fig. 233. Vilozităţi coriale.

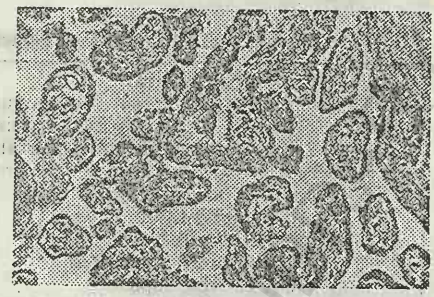


Fig. 234. Vilozităţi coriale (placenta percreta).

Ori de cîte ori vilozităţile sînt putrefiate sau necrozate, se vor constata urmele lor, chiar fără înveliş epitelial, care de asemenea permit diagnosticul de sarcină. Alteori, vilozităţile reţinute în uter apar sub formă de umbre (mase de fibrină organizate cu elemente sinciţiale la periferie). Prin boala Brens se înţelege avortul reţinut şi susceptibil de hemoragie, infecţie, hialinizare, calcificare sau formare de polipi placentari. Constatarea la examenul necropsic a unei decidue fără elemente sinciţiale nu are valoare diagnostică. Reamintim că decidua este mucoasa uterină transformată în timpul nidaţiei, cu glande în dinţi de ferăstrău şi care capătă rol secretor. Oul cu trofoblast (spre interior denumit citotrofoblast şi spre exterior denumit sinciţiotrofoblast) pătrunde în mucoasa uterină şi din trofoblastul său se vor dezvolta vilozităţile coriale. După ziua a 15-a de la nidaţie, vilozitatea va avea un ax vascular iar în ziua a 21-a va avea o structură definitivă (strat citotrofoblastic Langhans la interior şi sinciţiotrofoblastic la exterior), între deciduă şi ou aflîndu-se stratul fibrinoid Nitabouch. Acest fibrinoid poate creşte excesiv în infarctul placentar sau în moartea fătului în uter. Prin vilozităţi fantomă se înţeleg vilozităţile înconjurate de fibrinoid care se depune datorită ischemiei placentare. Între semnele de valoare indirectă în diagnosticul de sarcină reţinem hipertrofia fibrelor musculare ale uterului, cu nucleu polilobat (denumite celule Isidore), hiperplazia vasculară şi conjuctivă precum şi fenomenul Arias — Stela, descris mai ales în sarcinile extrauterine sub forma unor zone de hiperplazie în focar a tubilor glandulari din endometru. De asemenea, existenţa unor celule deciduale mari, cu nuclei voluminoşi, rotunzi şi citoplasmă clară constituie un semn indirect de sarcină. Formularea diagnosticului de sarcină se poate face afirmînd că femeia a fost gravidă clinic (cînd se întrunesc semnele clinice de sarcină precum şi cele morfologice rezultate din mărirea uterului la o femeie tînără, alături de inspecţia resturilor placentare chiuretate şi a reacţiilor pozitive de sarcină) sau a fost gravidă morfologic (cînd la persoană sau cadavru se adaugă confirmarea microscopică a vilozităţilor coriale).

Diagnosticul prezumtiv de sarcină se poate afirma şi prin examenul histologic al glandei mamare la care proliferează canalele galactofore. În trimestrul I se diferenţiază epiteliul canalicular, în trimestrul II apare secreţia lactată, pentru ca în perioada lactopoiezei să se producă evaginări pseudopodice ale citoplasmei ce preced citoliza. Prezenţa secreţiei lactate este un semn nesigur de sarcină, deoarece poate apărea în sindroame hipotalamice alături de falsa graviditate sau amenorea prin anovulaţie (tabelul 52).

2. Altă problemă medico-legală legată de avort se referă la *stabilirea vîrstei sarcinii.* Vîrsta sarcinii decurge din explorările concomitent făcute pentru diagnosticul de sarcină şi are importanţă pentru jurist în aprecierea gravităţii şi pericolului social al infracţiunii de avort. Avortul delictual practicat în luni

Tabelul 52

Diagnosticul diferenţial al galactoreii (modificat după Daughaday, 1974)

I.	Primar hipotalamică 1. Funcţională: a) Post-partum (sindrom Chiari-Frommel) b) Fără sarcină (sindrom dell Castillo) 2. Leziuni distructive ale hipotalamusului şi tijei hipofizare
II.	Indusă de medicamente: 1. Tranchilizante 2. Antidepresive 3. Alcaloizii *Rauwolfiei* 4. *Alfa*-Metildopa
III.	Hormonală: 1. Tumori estrogenice 2. Hipotiroidie
IV.	Neurogenă: 1. Stimulare mamară 2. Leziuni ale peretelui toracic 3. Histerectomii parţiale sau totale, chiuretaje biopsice, ovarectomii
V.	Tumori secretante: 1. Tumori hipofizare (sindrom Forbes-Albright) a) Secreţie de prolactină b) Secreţie de prolactină şi hormon de creştere 2. Cancere extrahipofizare cu secreţie ectopică de prolactină: corioepiteliom testicular, hipernefrom, adenocarcinom corticosuprarenalian

mari de sarcină prezintă riscuri crescute pentru femeie, de unde periculozitatea sa deosebită. Atunci cînd fătul expulzat se poate examina, diagnosticul se uşurează prin cercetarea aspectului său embriologic şi aprecierea vîrstei se face după tabelele la îndemînă (tabelul 53). Diagnosticul de vîrstă a sarcinii se poate pune şi după cercetarea frotiului citohormonal sau a lichidului amniotic, cînd creşterea celulelor orange (anucleate) peste 10% corespunde la o sarcină de 36 săptămîni. Cînd după manopera abortivă fătul a murit şi a fost reţinut în uter, la sarcinile din primele 3—4 luni asistăm la mumifierea şi apoi macerarea sa după următoarea cronologie: în primele 2 zile apar flic-

Tabelul 53

Dimensiunile embrionului în raport de datele clinice obstetricale

Luna de sarcină	Uterul	Embrionul	
		cm	g
I	Mandarină	1	1
II	Ou gîscă	4	11
III	Fundul uterului depăşeşte simfiza cu 3 degete	9	55
IV	Cap făt (la 3 degete sub ombilic)	16	270
V	Cap adult (la nivelul ombilicului)	25	650
VI	2 degete deasupra ombilicului	35	1 000
VII	1/2 distanţa ombilic-xifoid	40	1 750
VIII	La 2 degete sub apendicele xifoid	45	2 500
IX	La apendicele xifoid	50	3 250

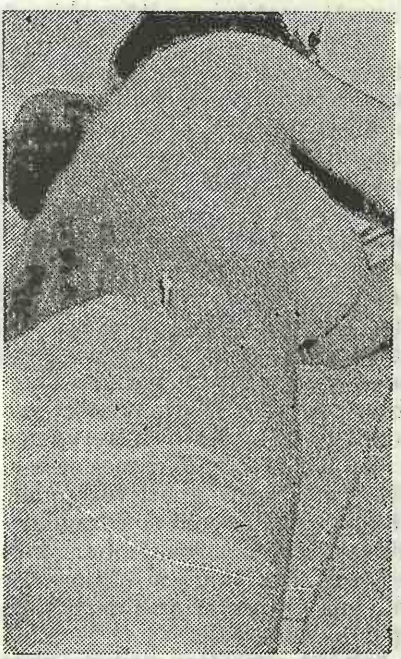


Fig. 235. Avort provocat injectabil.

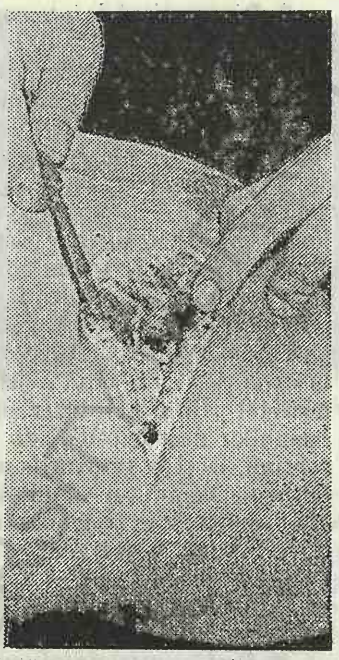


Fig. 236. Infiltratul hemoragic la locul injecției din fig. precedentă.

tene la nivelul maleolelor, la sfîrșitul primei săptămîni acestea se extind pe torace și abdomen, pentru ca spre ziua a 10-a — a 12-a fătul să ia un aspect sangvinolent, cu epidermul descuamat și dermul roșu. Pe lîngă diagnosticul de vîrsta sarcinii, constatarea evoluției acestor fenomene de autoliză la fătul mort și reținut în uter permit o apreciere a datei morții sale intrauterine și, implicit, a datei efectuării manoperei abortive. Examenul clinic și morfologic al organelor genitale interne la persoană sau cadavru, ca și examenul antropometric și morfologic al embrionului și fătului eliminat spontan sau extras cu ocazia chiuretajului de control, permit aprecierea cu certitudine a vîrstei sarcinii (fig. 235, 236, 237, 238).

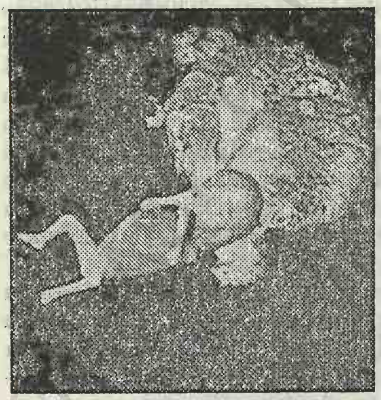


Fig. 237. Vîrsta sarcinii din figurile precedente (240, 241).

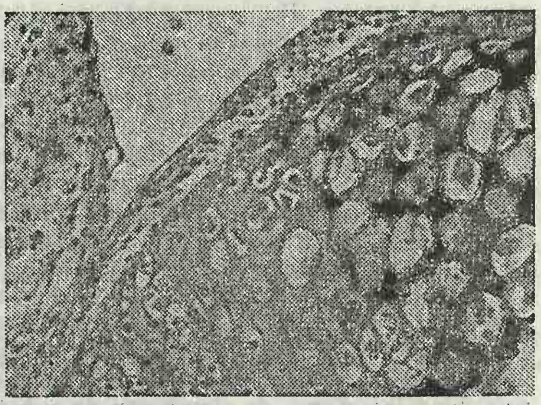


Fig. 238. Resturi placentare și embrionare în produsul de chiuretaj uterin.

3. Diagnosticul de întrerupere a sarcinii (de avort) constituie o altă problemă importantă medico-legală.

Medicul poate fi pus în fața unor situații în care manopera abortivă să nu fi dus la întreruperea sarcinii, dar să se realizeze o tentativă de avort, tot așa cum, alteori, medicul expert poate fi solicitat să examineze o femeie pretins gravidă la care s-a efectuat o manoperă abortivă (motivată de o amenoree de altă cauză decît de sarcină) și la care diagnosticul de sarcină să nu se confirme.

Diagnosticul de avort rezultă din diagnosticul de viduitate (lipsa sarcinii), altfel-zis de golire a uterului consecutiv manoperei abortive. Acest diagnostic se pune cu multă facilitate atunci cînd embrionul sau fătul a fost expulzat, constatat și examinat, dar, în alte cazuri, diagnosticul de avort se pune pe baza cercetării resturilor ovulare, embrionare sau fetale în cursul unui avort în evoluție. Examenul morfologic macroscopic al acestor resturi permite diagnosticul prin constatarea pierderii integrității lor, precum și prin constatarea leziunilor necrobiotice sau inflamatorii concomitente ce atestă întreruperea sarcinii. Deși în avorturile provocate leziunile fătului sînt rare, deoarece acesta, datorită lichidului amniotic fuge din fața instrumentelor abortive (sonde, chiurete etc.), examinarea urmelor de violență de pe făt precum și a fragmentelor din făt, atunci cînd el a fost traumatizat, mai ales în sarcinile mari, permit afirmarea cu certitudine a întreruperii sarcinii (avortului) și mijloacelor abortive utilizate. Alteori diagnosticul de avort s-a prezumat prin depistarea celulelor vaginale pe instrumentele abortive (sonde, chiurete).

4. Problema felului avortului este cheia de boltă în expertiza medico-legală a întreruperii sarcinii, deoarece de diagnosticul de avort provocat sau patologic depinde soluționarea judiciară a cazului. În sprijinul diagnosticului diferențial dintre avortul provocat și cel patologic vin criterii clinice, morfologice și toxicologice.

Criteriile clinice se referă la faptul că avortul provocat produce, în general, o întîrziere în expulzia oului, întîrziere care constituie factorul favorizant al complicațiilor infecțioase și hemoragice, precum și expulzia sa incompletă cu retenția de membrane. Spre deosebire de avortul patologic, avortul provocat prezintă riscuri crescute (traumatice, infecțioase sau toxice), fiind, în general, un avort sîngerînd și febril. Complicațiile clinice ale avortului sînt un element care pledează pentru avortul provocat. Astfel, infecțiile genitale cu streptococ sau perfringens sînt, de regulă, urmarea avorturilor provocate, așa după cum infarctizarea uteroplacentară este urmarea injectării de substanțe caustice, săpun etc. în uter. Ruperea membranelor în cadrul manoperelor abortive duce la fiziometria fătului și chiar a uterului datorită afinității germenilor anaerobi pentru țesuturile mortificate, cu realizarea unui emfizem gazos difuz. În acest mod, complicațiile infecțioase cu anaerobi (infecțiile gazoase) constituie un criteriu clinic aproape cert de avort provocat, știut fiind că, în general, în avortul provocat, avortul este incomplet, datorită reacției de apărare a sarcinii de către organismul matern. De aici frecvența și gravitatea acestor complicații infecțioase. Avorturile efectuate după luna a treia evoluează, de regulă, în doi timpi (după expulzia fătului avînd loc expulzia placentei) și sînt asociate cu hemoragii.

Criteriile morfologice includ constatarea leziunilor infecțioase descrise ca și a urmelor traumatice existente la mamă sau pe făt și ajută la precizarea cu certitudine a felului avortului (fig. 239, 240). Infecțiile urterine cu perforarea uterului pledează indubitabil pentru un avort provocat, ca și infarctele uterine după injectarea de săpun sau de substanțe caustice. Constatarea infecțiilor cu anaerobi (fiziometria fătului și uterului, septicemia cu putrefacția

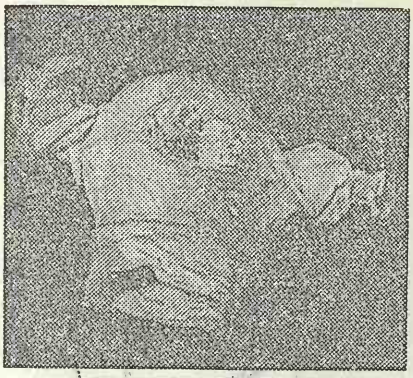


Fig. 239. Perforație uterină abortivă.

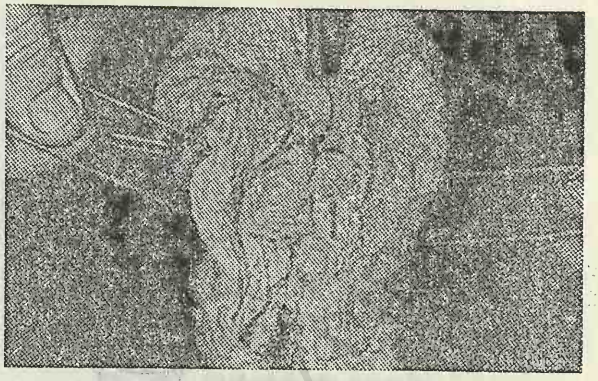


Fig. 240. Endometrită postbortum cu edem glotic letal.

gazoasă a cadavrului, emboliile vasculare microbiene etc.) constituie semne morfologice de certitudine pentru avortul provocat. Constatarea semnelor clinice (dispnee, convulsii, cianoză, dureri precordiale), dar mai ales morfologice de embolie gazoasă cu moarte rapidă prin contracția în gol a inimii și prin blocarea circulației pulmonare la cca 100 ml aer, rapid absorbit prin venele utero-placentare (cu sînge spumos în cavitățile inimii), atestă de asemenea avortul provocat. Tot așa, emboliile amniotice în avorturile în luni mai mari pot avea origine delictual-abortivă, atunci cînd nașterea prematură și travaliul laborios nu sînt solicitate și confirmate. Macroscopic, în embolia amniotică vom constata sînge fluid, semne de anemie, peteșii și leziuni ale segmentului inferior al uterului. Ca factori favorizanți vom întîlni anomaliile de inserție a placentei, abuzul de ocitocice, rupturile precoce de membrane etc. Histopatologic sînt constante leziunile de incoagulabilitate sangvină, de ischemie miocardică cu lichid amniotic în vasele pulmonare, iar patogenic, accidentul se explică prin mai multe teorii: mecanică, anafilactică sau tromboplastinică (precipitarea intravenoasă a fibrinei duce la consumul fibrinogenului și deci la incoagulabilitate sangvină). Pentru avortul provocat pledează și constatarea leziunilor mecanice ale organelor genitale (rupturi de vagin, perforații uterine, perforații intestinale etc.) precum și prezența unor corpi străini în căile genitale (sonde, andrele îndoite, tulpini rupte etc.). Constatarea acestor mijloace abortive reprezintă un semn inexorabil de avort provocat.

Criteriile toxicologice se referă la cercetarea urmelor de toxice abortive în organism sau în căile genitale, cunoscut fiind faptul că unele substanțe chimice sînt utilizate prin introducere în căile genitale iar altele sînt utilizate pe cale generală. Astfel, permanganatul de potasiu introdus intravaginal produce hemoragii vaginale, pe care deseori femeia le consideră drept menstruații, iar diferite substanțe luate *per os* acționează în raport de reactivitatea femeii, producînd fie moartea fătului în uter, die declanșarea contracțiilor uterine cu expulzia fătului. Supraviețuirea de peste 4—6 zile a unei femei care și-a întrerupt sarcina prin mijloace chimice face aleator examenul toxicologic ulterior.

Din cele de mai sus rezultă că posibilitățile medicului de a stabili un diagnostic de avort provocat se materializează într-un diagnostic de certitudine (ori de cîte ori, de exemplu se găsesc urme ale instrumentelor abortive), într-un diagnostic de probabilitate (cînd se decelează complicații aproape specifice avortului provocat) și într-un diagnostic aleatoriu care determină pe

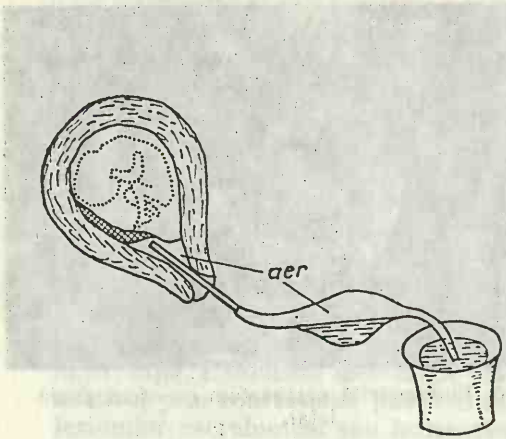


Fig. 241. Producerea emboliilor gazoase (Ponsold).

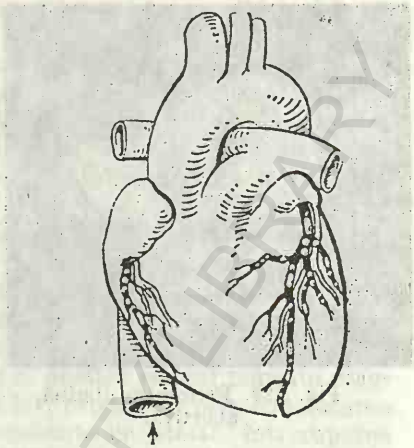


Fig. 242. Cauza morţii în emboliile gazoase (Ponsold).

medic la reţinere (cînd nu constată elemente semnificative pentru un avort provocat sau patologic).

5. Posibilitatea femeii de a-şi autoprovoca un avort (self avortul) solicită deseori opinia medicului, care va afirma ca posibil acest lucru mai ales la femeile multipare cu colul mai jos situat şi accesibil manoperelor abortive, cu constatarea unor sîrme sau sonde îndoite şi/sau reţinute în uter precum şi cu evidenţierea unor perforaţii în cornul drept sau stîng al uterului, după cum femeia este dreptace sau stîngace. Cum deseori aceste manopere se execută în faţa oglinzii în scopul reperării colului uterin, moartea suspectă la o femeie găsită cu un speculum în vagin, o sondă în mînă şi în faţa unei oglinzi va fi suspectată de autoprovocare. Celelalte automanopere ca băile fierbinţi, lovirea abdomenului, efortul sau căderea sînt de eficacitate foarte îndoielnică în afara predispoziţiei pentru avort. De menţionat că moartea rapidă în avort are o frecvenţă care urcă pînă la 40—50% şi ea se explică fie prin embolii gazoase consecutive introducerii de săpun, apă oxigenată etc. prin vasele utero-placentare deschise (fig. 241, 242, 243), fie prin inhibiţii favorizate de constituţia neurovegetativă şi dezechilibrele hormonale ale femeii, ori prin embolii pulmonare, ştiut fiind că un embol ca să ajungă din venele iliace pînă în cordul drept

Fig. 243. Embolie gazoasă în arterele pulmonare.

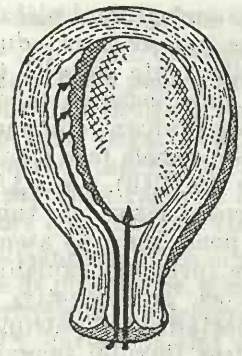


Fig. 244. Avort prin înțeparea membranelor.

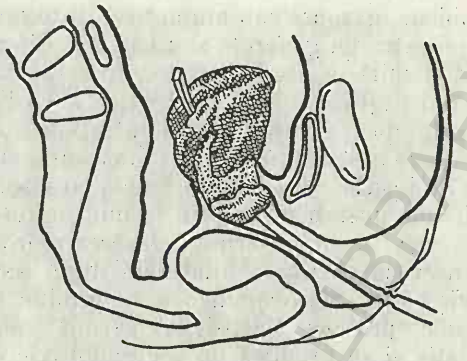


Fig. 245. Perforări ale uterului.

sau venele pulmonare nu are nevoie mai mult de 5—20″. De aceea, moartea suspectă la o femeie tînără, în plină activitate genitală și în împrejurările expuse, va fi suspectată ca o moarte prin avort.

6. În ceea ce privește *mijloacele utilizate* în scop abortiv, de regulă acestea se clasifică în mijloace mecanice, fizice sau chimice.

Mijloacele mecanice includ dilatarea colului uterin cu degetul sau cu diferite instrumente, în măsură să declanșeze contracții analoage travaliului (fig. 244). Introducerea unui deget în colul uterin și apăsarea cu mîna pe abdomen are ca efect declanșarea avortului prin ruperea membranelor. Utilizarea unor sonde de aspirație (avortul prin aspirație) poate duce la perforații uterine sau chiar intestinale (fig. 245). Între mijloacele mecanice se mai utilizează și sondele Nélaton, chiuretele, puncția transamniotică etc. sau mijloacele empirice de felul andrelelor, tulpinelor etc. Mijloacele mecanice acționează deci prin dilatarea colului și declanșarea contracțiilor, prin decolarea mecanică, hidraulică sau pneumatică (prin aer) a oului, prin înțeparea membranelor și declanșarea contracțiilor sau prin chiuretarea cavității uterine.

Mijloacele fizice includ utilizarea băilor fierbinți, a curentului electric, vacuum-extractorului etc.

Mijloacele chimice sînt extrem de variate, de la extractele și fierturile de plante pînă la vaccinuri și medicamente cu efecte aleatorii în raport de factorii individuali. Se utilizează astfel cu reputație abortivă fiertura de oleandru, mușcată, substanțele ocitocice etc. încît, în dificultatea sistematizării și cuprinderii lor, unii autori au apreciat că acestea depășesc imaginația. Se apreciază de asemenea că nici un alt organ din economia organismului matern nu a fost expus la atîtea traumatisme ca uterul. În discuția despre mijloacele abortive trebuie reținute alibiurile femeii care încearcă disimularea avortului provocat punîndu-l pe seama efortului, frigului, căderilor etc. Este drept că unele traumatisme genitale pot produce avort, dar faptul trebuie apreciat de la caz la caz, în speță, deoarece în raport de reactivitatea femeii unele păstrează sarcina la traumatisme grave (fracturi de bazin sau traumatisme craniene), față de altele care avortează cu ușurință la traumatisme banale. *Per a contrario*, majoritatea traumatismelor genitale se produc în cadrul avortului, în al doilea rînd în cadrul violențelor sexuale și mult mai rar în cadrul traumatismelor accidentale.

7. Cauza morții în avort rezidă, cel mai frecvent, în complicații hemoragice, infecțioase (pelviperitonite sau septicemii cu germeni anaerobi sau aerobi, tetanos visceral cu punct de plecare genital etc.), embolice (embolii sangvine,

microbiene, gazoase sau amniotice), intoxicații (cu răsunet general plecate de la administrarea generală sau locală a diferitor toxice cum ar fi introducerea de iod și spirt în uter), hepatonefroze postabortive (frecvente datorită tratamentului neștiințific cu antibiotice a complicațiilor infecțioase postabortive care estompează componenta infecțioasă dar lasă să evolueze componenta toxică; sub o stare aparentă de bine, către ziua 7 — 10-a, femeia face fenomene acute de insuficiență hepato-renală cu icter și uremie (fig. 246). Circa 1/3 din anurii sînt postabortive prin leziuni nefrotoxice severe cu leziuni de tubulorrhexis care nu mai permit refacerea nefronului. Se poate muri de asemenea prin necroză corticală bilaterală după șocuri severe, prin incoagulabilitate sangvină etc. Septicemiile ce se produc cu stafilococi, gramnegativi (coli, piocianic, proteus, Klebsiella) permit endotoxinei bacteriene să pătrundă în circulație și să producă un șoc endotoxic cu încetinirea fluxului sangvin, ce duce la creșterea vîscozității și la leziuni endoteliale ce vor elibera tromboplastina parietală determinînd fenomenul de sludge cu coagulare intravasculară. Streptococul, fiind sensibil la antibiotice, va crește frecvența septicemiilor cu stafilococi la care se asociază emboliile septice cu cheaguri infectate. În forma cu șoc inițial apar frisonul, hemoliza cu colorația icterică a tegumentelor, uremia etc.

În general, mortalitatea în avort este ca partea vizibilă a unui iceberg. Se pot totuși sistematiza următoarele entități nosologice:

— Intoxicații (orice medicament ce ucide fătul ucide și mama);

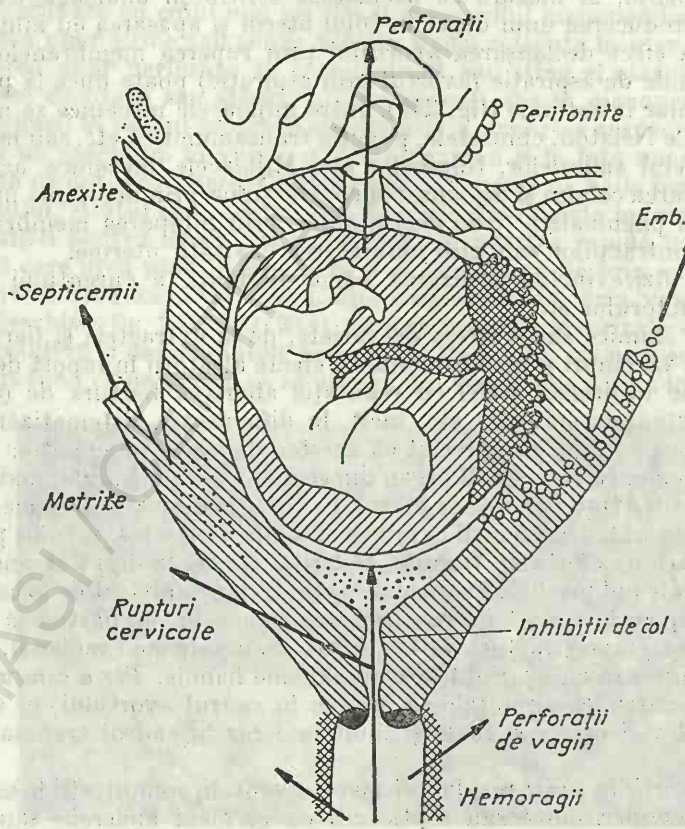


Fig. 246. Complicații ale avortului provocat (Camps).

— Embolii gazoase ce se vor căuta de regulă în cava inferioară;

— Septicemii după puncții transamniotice cu glucoză ce devine un mediu bun de cultură pentru anaerobi (clostridium), cu tegumente bronzate (datorită hemolizei și Hb-uriei). Anaerobii de tip clostridium, perfringens, septicum sau de tip gram negativ ca *Bacteroides fragilis*, coci grampozitivi ca peptococus sau bacilii nesporulați ca actinomices, dau „gangrene sinergice progresive", flora saprofită vaginală fiind exacerbată de distrucțiile tisulare și retenția de țesuturi necrotice, de corpii străini etc.;

— Gangrena uterină e o infarctizare cu necroză umedă septică, formare de amine de putrefacție, și este sinonimă cu metrita disecantă. Ea e dată de regulă de perfringens, iar gangrena gazoasă de anaerobi sporulați de tip clostridium. În 90% cazuri ele sînt consecutive avorturilor provocate;

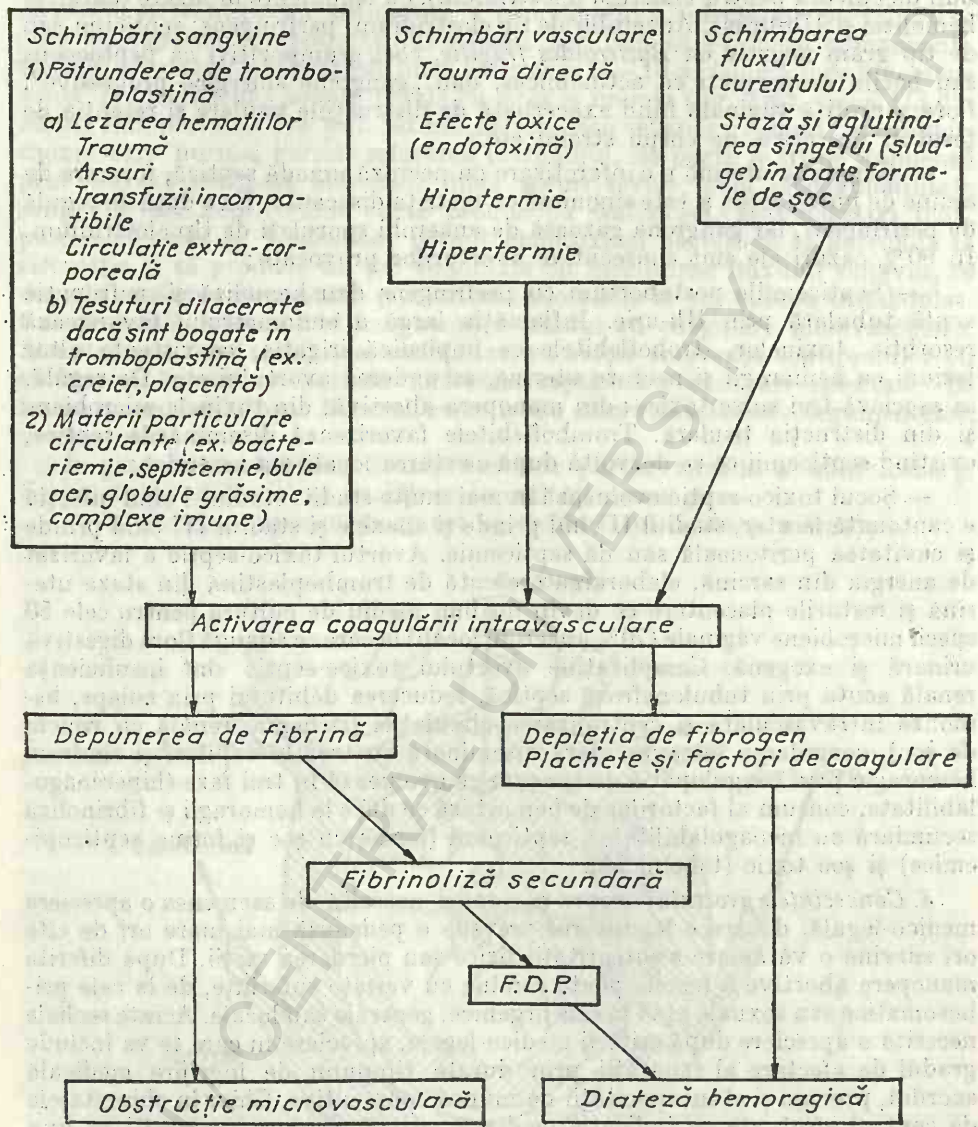
— Septicemiile postabortum cu perfringens dau hemoliză și nefropatie acută tubulară prin Hb-urie. Inflamația largă a endometrului favorizează resorbția toxinelor, troboflebitele ce împiedică irigația, coexistența altor leziuni ca hemoragii și necroze uterine, ascunderea avortului etc. De regulă, se asociază trei surse toxice: din manopera abortivă, din toxinele microbiene și din distrucția tisulară. Tromboflebitele favorizează diseminările septice, existînd septicemii ce se dezvoltă după ce starea locală s-a amendat;

— Șocul toxico-septic evoluează în mai multe stadii: stadiul I cînd infecția e cantonată la uter, stadiul II cînd prinde și anexele și stadiul III cînd prinde și cavitatea peritoneală sau dă septicemie. Avortul toxico-septic e favorizat de anergia din sarcină, elaborarea crescută de tromboplastină din staza uterină și resturile placentare ce devin un bun mediu de cultură pentru cele 50 specii microbiene vaginale (70% anaerobi locali) la care se adaugă flora digestivă urinară și exogenă. Complicațiile avortului toxico-septic sînt insuficiența renală acută prin tubulonefroză septică, reducerea debitului prin colaps, hemoliza intravasculară și centralizarea circulației (ischemie renală cu rinichi de șoc), coagularea intravasculară diseminată cu trombi capilari și sindrom hemoragic prin coagulopatie de consum ce evoluează în trei faze (hipercoagulabilitate, consum al factorilor de hemostază ce duce la hemoragii și fibrinoliză secundară cu incoagulabilitate), septicemii (forme cu șoc și forme septicopiemice) și șoc toxic (tabelul 54).

8. Consecințele avortului asupra persoanei necesită de asemenea o apreciere medico-legală, deoarece legiuitorul prevede o pedeapsă mai mare ori de cîte ori survine o vătămare a integrității fizice sau pierderea vieții. După diferite manopere abortive o femeie poate rămîne cu variate suferințe, de la cele psihosomatice sau sexuale pînă la cele organice, generale sau locale. Aceste sechele necesită o apreciere după criterii medico-legale, apreciere în care se va include gradul de afectare al sănătății prin durata timpului de îngrijire medicală acordat, precum și al incapacității de muncă consecutive. Chiar în chiuretajele de control efectuate cu indicație medicală se pot produce perforații ce pun problema histerectomiei, la care medicul trebuie să recurgă în ultimă instanță, avînd în vedere impotența de procreare și implicit de purtare a sarcinii pe care o determină. Fără a se putea aprecia frecvența acestor perforații terapeutice (cineva spunea că multe din ele nu se raportează deoarece „zac în arhivele de conștiință" ale medicului), trebuie reținut că vindecarea lor se face, deseori, sub o pungă de gheață, un tratament cu antibiotice și supravegherea femeii, fără a se recurge, *ab initio*, la histerectomie. În situația unei histerectomii nejustificate se vor întruni elementele juridice ale pierderii anatomice și funcționale de organ (vătămare gravă a sănătății).

Tabelul 54

Mecanismul coagulării diseminate intravasculare (C.P. Artz)



Avortul provocat posttraumatic. Avortul posttraumatic este invocat în situația lovirii unei femei însărcinate, lovire urmată de avort. Realitatea avortului posttraumatic este incontestabilă, dar în acest diagnostic se cer intrunite următoarele criterii medico-legale: traumatismul să fie real și materializat eventual prin urme lezionale, traumatismul să aibă o anumită intensitate, între traumatism și avort să existe o filiație simptomatică (o punte de simptome) și avortul să nu fie explicat prin cauze patologice. Traumatismele au efecte abortive cu atît mai frapante cu cît sînt localizate mai aproape de uterul gravid, dar, în raport de reactivitatea femeii, avortul se poate produce și la traumatisme mai reduse ca și la traumatisme psihice.

PROBLEMELE MEDICO-LEGALE ALE DECESELOR MATERNE

Naşterea, fenomen fiziologic, poate fi uneori complicată grav şi poate pune viaţa în pericol. Cele mai frecvente morţi la naştere se produc prin hemoragie (hemoragia din placenta praevia, hemoragiile de delivrare, hemoragii prin rupturi uterine etc.) dar şi prin infecţii (mai ales puerperală), incoagulabilitate sangvină, embolie amniotică, disproporţii bazin — făt sau abuz de ocitocice cu ruperea uterului, placentă acreta, percreta sau increta cu aceleaşi efecte etc. Orice deces la naştere, prin instrucţiunile actuale, face obiectul unei necropsii medico-legale în scopul clarificării cauzelor morţii şi condiţiilor de asistenţă medicală.

Prima problemă de la care se pleacă este aceea privind luarea în evidenţă a gravidei, urmărirea corectă pe parcursul sacinii şi stabilirea unui prognostic de naştere. În continuare se va rezolva problema asistenţei la naştere (supravegherii naşterii, conduitei adecvate, măsurile luate în caz de accident etc.) precum şi a urmăririi şi asistenţei lehuzei în perioada de delivrare. Problemele se pun în scopul unei concluzii ştiinţifice despre posiblităţile tehnice de salvare a vieţii parturientei. Este de menţionat că medicul are obligaţia de a face tot ce poate ca medic, şi în raport de condiţiile sale de lucru, pentru salvarea vieţii deoarece orice abţinere datorită fricii de responsabilitate poate, dimpotrivă, antrena responsabilitatea în mod real, atunci cînd ajutorul medicului este singura şansă de viaţă. Astfel, o retenţie de placentă obligă la tentarea decolării, altfel, în raport de condiţiile de asistenţă la naştere, lipsa de decolare prin hemoragia produsă putînd fi fatală.

BIBLIOGRAFIE

1. Bogdan G.: *Sarcina, naşterea, avortul şi pruncuciderea*, Iaşi, 1925.
2. Brux J., *Histopathologie gynécologique*, Masson, 1971.
3. Coja N., Vasiliu V.: *Ginecologia*, Editura Medicală, Bucureşti, 1966.
4. Cristea A., Zaharia M.: *Placenta în patologia materno-fetală*, Editura Medicală, Bucureşti. 1968.
5. Dongoroz P., *Drept penal comentat*, Editura Academiei R.S. România, 1970.
6. Eliakis E. C., *Ann, de méd-lég.*, 1967, 4, 367.
7. Marinescu D., Ivan C., *Mijloacele juridice de ocrotire a sănătăţii*, Editura Medicală, Bucureşti, 1971.
8. Mavrianopol C. şi colaboratorii, *Avortul spontan*, Editura Medicală, Bucureşti, 1956.
9. Martius H., *Manual de obstetrică*, Editura Medicală, Bucureşti, 1966.
10. Negruţ I., Rusu O., *Ginecologie şi obstetrică*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981.
11. Scripcaru Gh., *Avortul sub aspect social şi juridic*, Teză de licenţă, Iaşi 1949.

Pruncuciderea apare ca infracțiunea cea mai absurdă și inumană, prin contrastul dintre facilitatea agresiunii și lipsa de apărare, precum și prin faptul că contrazice instinctul matern firesc. De aceea în anumite cutume se apreciază, pe bună dreptate, că cine ucide un copil va fi în stare să ucidă probabil și pe mama sa. În legislația veche, pruncuciderea era definită ca suprimarea vieții nou-născutului de către mama singură în intervalul de 14 zile de la naștere pînă la declararea sa la starea civilă. În legislația nouă, pruncuciderea este definită ca fiind actul de suprimare a vieții nou-născutului imediat după naștere, de către mamă, datorită unor cauze legate de naștere. Noua definiție restrînge cîmpul de aplicare a infracțiunii de pruncucidere limitînd-o la cauze pur medicale, deoarece cauzele sociale pe care vechea legislație le lua în considerație (umilința dată de nașterea unor copii în afara căsătoriei) au fost lichidate prin noile relații sociale.

Din definiția infracțiunii, rezultă următoarele elemente definitorii:

— sub acest aspect juridic nu interesează starea civilă a mamei, actul putînd fi comis atît de mama singură cît și de mama căsătorită deși, mai frecvent pruncuciderea are drept cauză ilegitimitatea;

— uciderea nou-născutului să se facă imediat după naștere, în concepția legiuitorului starea de nou-născut durînd atît timp cît acesta păstrează pe corp semnele nașterii recente și legătura cu mama. Deși într-o concepție medicală starea de nou-născut poate dura pînă cînd nou-născutul a făcut dovada aptitudinii de a avea viață independentă în mediul exterior prin funcțiile sale vitale, legiuitorul a redus acest interval la un criteriu mai relativ, și anume, timpul de păstrare a semnelor de naștere. Definiția nou-născutului poate fi deci medicală (în pediatrie starea de nou-născut este considerată chiar pînă la o lună după naștere), judiciară (cît timp păstrează semnele nașterii recente sau legătura prin cordonul ombilical cu mama) și medico-legală (un timp de 1—2 zile, suficient pentru a face dovada vieții externe independente). *De lege ferenda* ar fi util de considerat starea de nou-născut de circa 2—3 zile după naștere;

— suprimarea vieții nou-născutului să se fi datorat unei tulburări pricinuite de naștere, deci actul comisiv sau omisiv de pruncucidere să fie motivat de o cauză medicală. Deși aceste cauze patologice funcționale sau organice legate de naștere trebuie să influențeze rezoluția psihică a mamei, în prevederile legii nu intră suprimarea vieții nou-născutului consecutiv unor tulburări psihice în măsură să confere iresponsabilitate. De aceea se iau în considerație doar cauzele patologice legate direct de naștere (travaliul dificil, cu șoc obstetrical, hemoragia la naștere, gestozele etc.). Condiția de ucidere imediat după naștere este cumulativă cu aceea de stare legată de naștere;

— în sfîrșit, nou-născutul trebuie să se fi născut viu deoarece uciderea unui nou născut mort constituie o infracțiune putativă prin lipsa obiectului infracțiunii (viața nou-născutului). Trebuie menționat că uneori, între expulzie și prima respirație, ca semnul cel mai frapant de viață extrauterină, poate fi un interval mai lung, mai ales atunci cînd cordonul ombilical nu s-a secționat imediat și fătul continuă să trăiască pe seama respirației feto-placentare. Aceste situații implică starea de nou-născut viu, cu semne de circulație vitală (și uneori de asfixie criminală), dar fără pulmon respirat. Mai mult, leziunile

de violență pot avea reacții vitale (infiltrate hemoragice), fapt ce dovedește existența circulației și deci a vieții în momentul agresiunii, chiar dacă nou-născutul nu a avut respirație (pruncuciderea comisă în pauza apneică de după naștere). În majoritatea cazurilor însă viața extrauterină presupune existența concomitentă a respirației și circulației, dar existența uneia din aceste funcții este suficientă pentru a caracteriza viața extrauterină. Considerînd că există viață la naștere chiar și atunci cînd un nou-născut nu a respirat, legiuitorul a extins limitele ocrotirii penale a persoanei în atare împrejurări.

Reglementarea juridică actuală a pruncuciderii tentează la înlăturarea aspectului de infracțiune morală (de rușine) a acestui fapt din trecut și, ori de cîte ori uciderea nou-născutului nu este motivată de cauze medicale, va fi vorba de un omor calificat asupra descendenților. În acest mod de reglementare pruncuciderea apare deci ca o infracțiune reziduală de cauze pur medicale.

Ceea ce delimitează infracțiunea de avort de cea de omor este momentul separării nou-născutului de mamă, moment greu de apreciat în practică și care ar putea lăsa impresia că uciderea nou-născutului în timpul travaliului este calificată drept avort. Considerăm că declanșarea nașterii, care trebuie să constituie momentul delimitativ dintre avort și pruncucidere, delimitează aceste infracțiuni, deoarece realitatea pruncuciderii vulvare prin strangulare sau alte violențe este incontestabilă. Pe de altă parte, ceea ce delimitează infracțiunea de pruncucidere de cea de omor este momentul cînd nou-născutul a primit de la mamă sau de la anturaj asistența necesară separării sale de mamă (secționarea cordonului ombilical), precum și asistența protectivă imediat necesară (înfășurarea și îngrijirea sa). Actul agresiv ce survine în intervalul după expulzie pînă la îndeplinirea acestor proceduri se va defini ca pruncucidere și orice violență ce survine după aceste proceduri vor defini omorul calificat.

Într-o privire medico-legală de ansamblu asupra agresiunilor din aceste faze de dezvoltare umană s-ar putea delimita:

— avortul pe făt neviabil ce are loc înainte de luna a VI-a de viață intrauterină;

— avortul viabil ce are loc după luna a VI-a de viață intrauterină și pînă la declanșarea nașterii. Se știe că după luna a VI-a, prin mijloace speciale (incubatoare) sau spontan, fătul este capabil de viață extrauterină;

— pruncuciderea vulvară ce are loc în timpul declanșării nașterii (în timpul travaliului);

— pruncuciderea propriu-zisă ce se produce în intervalul dintre expulzie și separarea nou-născutului de mamă sau pînă la dispariția semnelor de naștere recentă;

— infanticidul ca act de suprimare a vieții copilului după separarea sa de mamă și după dispariția semnelor de naștere recentă;

— alteori avortul e urmat de infanticid atunci cînd fătul supraviețuiește manoperei abortive.

În scopul rezolvării problemelor medico-legale pe care le ridică pruncuciderea, este absolut necesar a cunoaște unele fenomene patologice ale perioadei perinatale și de acomodare la mediul extern, fenomene care se pot interfera cu violențele exercitate în această perioadă.

Perioada perinatală a trecerii de la viața hemotrofă la cea lactotrofă este dominată de cîteva evenimente importante, și anume:

— apariția respirației ca fenomen major al perioadei perinatale. Respirațiile se produc imediat după delivrare, dar sînt situații cînd respirațiile se pot declanșa și intrauterin, mai ales atunci cînd asistăm la ruperea prematură a membranelor;

— odată cu primele respirații se produce închiderea funcțională a găurii lui Botallo și apoi a canalului arterial.

În această perioadă fătul poate suferi mai multe tipuri de agresiuni, și anume: agresiuni teratogene, imunologice, infecțioase, mecanice sau iatrogene, dar cea mai importantă agresiune este cea hipoxică ce poate constitui un risc de mortalitate perinatală. Asfixia albastră sau albă este expresia acestei agresiuni anoxice, care se datorește îndeosebi aspirării lichidelor de facere sau alteori chiar submersiei intrauterine, cu constatarea în pulmon a unui adevărat plancton amniotic ce realizează formele cele mai grave de asfixie perinatală. Fătul are o rezistență crescută la anoxie, rezistență care poate depăși 5 minute, fapt ce face ca deseori intervenția cezariană să salveze viața fătului chiar și după întreruperea circulației placentare.

În perioada de acomodare au loc o serie de fenomene fiziologice, printre care descuamarea epidermică a nou-născutului și involuția cordonului ombilical prin stadiile de mumifiere, delimitare și apariție a șanțului amniocutanat și apoi de cădere spre ziua 5—7.

Ca fenomene patologice întîlnite în această perioadă reținem:

— Pneumoniile congenitale sau fetale. Sînt considerate ca fiind congenitale, deci cu debut intrauterin, toate pneumopatiile ce apar în primele 24 de ore după naștere. Infecția se poate propaga fie hematogen (diaplacentar) fie bronhogen (din lichidul amniotic), datorită respirațiilor fetale intrauterine. Sediul perivascular sau peribronșic al inflamației pledează pentru calea hematogenă sau bronhogenă de infecție;

— Pneumoniile de aspirație sînt consecința aspirării lichidelor de facere în timpul travaliului, fiind frecvente în nașterile neasistate și în poziție culcată, cînd riscul aspirării este maxim. Pneumoniile de aspirație sînt favorizate de atelectaziile fiziologice ale nou-născutului, iar examenul histopatologic evidențiază în alveole elementele lichidului amniotic cu constituirea de membrane hialine în pulmon.

— Boala membranelor hialine este o altă entitate patologică frecventă în această perioadă, care se întîlnește mai ales la prematuri, la care insuficiența surfactantului pulmonar ca factor principal antiatelectatic îi favorizează constituirea. În concepția exogenă privind originea lor, membranele hialine se constituie ca o consecință a tasării și organizării aspiratului alveolar pe peretele alveolei, motiv pentru care ele sînt considerate ca avînd valoarea unor reacții vitale, deoarece atestă existența respirației ce a dus la constituirea lor. Boala membranelor hialine e consecința blocării porilor bronșiolo-alveolari ai lui Kohn și cînd, în condiții de anoxie, celulele Clara nu mai secretă surfactantul pulmonar. Atare leziuni de atelectazie cu infiltrate alveolare, descuamări și membrane hialine se pot produce și după manevrele de ventilație artificială.

— Hemoragiile suprarenale apar în suprafetație, nașteri dificile, hemoragii placentare, asfixie neonatală.

— Hemoragiile ombilicale. Nou-născutul are 300 ml sînge, or pierderea a 20% (a 60 ml) prin ombilic poate deveni periculoasă, iar a 200 ml, letală. Existența factorilor de coagulare din cordon împiedică însă aceste hemoragii.

— Traumatismele cranio-cerebrale accidentale din această perioadă sînt facilitate de următorii factori fiziologici: distanța redusă dintre calotă și creier, bogăția creierului în apă și consistența sa moale, cantitatea redusă de lichid cefalo-rahidian precum și fragilitatea vasculară crescută prin nedezvoltarea țesutului elastic al vaselor. Acești factori condiționează anumite particularități ale traumatismelor cranio-cerebrale obstetricale, față de cele ale adultului,

şi anume: aspectul difuz al leziunilor hemoragice în creier şi meninge, consecinţă a suferinţei anoxice din această perioadă. Prezenţa hemoragiilor la nivelul suturilor craniene invederează încălecarea oaselor în timpul travaliului. Discordanţa dintre caracterul grav al leziunilor cerebrale şi caracterul redus al leziunilor craniene invederează acţiunea aceleiaşi agresiuni anoxice, preponderentă faţă de traumatismul obstetrical mecanic. Cefalhematomul se localizează cu precădere pe oasele parietale şi se datoreşte comprimării prezentaţiei de bazinul osos. Se resoarbe în 2—3 luni şi poate coexista cu hematoame subdurale (în 25% cazuri), fracturi liniare sau cu înfundare. Hematoamele subdurale sînt bilaterale de obicei. Hematoamele extradurale sînt rare pentru că oasele sînt flexibile şi vasele meningeale nu-s incluse în şanţurile osoase. Ori de cîte ori există leziuni craniene, acestea vor lua forma fisurilor şi înfundărilor în formă de minge de ping-pong datorită lipsei spongioasei din os, sau pot lua şi forma fracturilor liniare, localizate cu precădere de partea craniană a prezentaţiei. O altă caracteristică a acestor fracturi este tendinţa lor marcată la diastază cu interpunerea durei între fragmentele fracturate datorită hipertensiunii intracraniene. Frecvenţa lor se datoreşte faptului că craniul copilului se deformează mult dar se fracturează rar. Mai frecvent sînt liniare, dura se rupe odată cu osul şi nu prin os. Fracturile depresive pot fi simple sau cominutive. Leziunile vertebro-medulare sînt rare datorită supleţei coloanei prin laxitatea disco-ligamentară. Nu rareori aceste traumatisme cranio-cerebrale coexistă cu un pulmon nerespirat cu tablou morfologic tipic, cu aspectul bronhiilor plicaturate în bursă şi al alveolelor în fantă. În sfîrşit, o altă caracteristică se referă la faptul că aceste traumatisme cranio-cerebrale sînt mai frecvente în naşterile precipitate, rapide, cînd are loc o comprimare şi decomprimare bruscă a craniului fetal. Traumatismul obstetrical la naştere implică factori mecanici (compresiunea bitemporală suscită tentoriul iar cea fronto-occipitală coasa creierului, decompresiunea prin diferenţa dintre presiunea intrauterină şi cea atmosferică cînd la expulzie apare un flux cerebral crescut ce duce la hemoragii) şi factori anoxici (hipoxia duce la acidoză, hiperpermeabilitate şi hemoragii). Hemoragiile cerebrale ale nou-născutului sînt traumatice (ca în travaliu distocic, abuz de ocitocice, naştere precipitată ce tracţionează pe venele corticomeningee) şi anoxice.

Perioada de acomodare poate fi dominată şi de moartea subită a nou-născutului care, aşa cum s-a văzut, se produce mai frecvent prin afecţiuni pulmonare.

Pruncuciderea (moartea violentă a nou-născutului) obligă a discuta în prealabil cîteva circumstanţe particulare de naştere invocate în aceste imprejurări, şi anume, naşterea precipitată, naşterea în WC-uri şi căderea nou-născutului din mîinile persoanei ce asistă naşterea.

Naşterea precipitată se datoreşte unor contracţii tetaniforme ale uterului, ar avea o frecvenţă de cca 1% din totalitatea naşterilor şi se întîlneşte ca o realitate clinică incontestabilă la multipare deşi, în mod paradoxal, este mai frecvent invocată de primipare. Un travaliu precipitat poate duce la căderea copilului pe o suprafaţă dură (exemplu, duşumea), cu producerea unor leziuni care necesită a fi explicate ştiinţific. Astfel, se va putea admite un travaliu precipitat dacă se întrunesc următoarele condiţii: femeie multipară, cu bazin larg şi făt mic, făt în prezentaţie craniană, cu eliminarea sa odată cu placenta şi cu cordonul ombilical rupt precum şi în absenţa rupturilor de perineu la mamă şi a bosei sero-sangvinolente la făt. Ori de cîte ori cordonul este secţionat, femeia are rupturi de perineu etc., faptul atestă caracterul dificil al travaliului infirmînd naşterea precipitată.

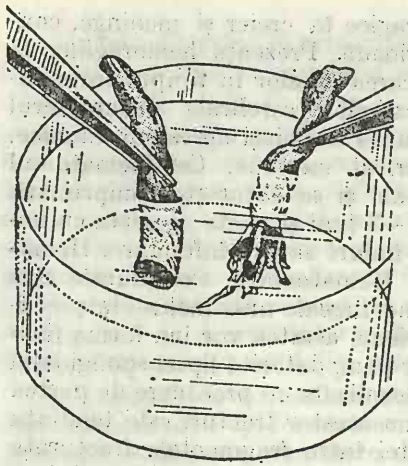


Fig. 247. Cordonul ombilical rupt ori secționat.

2 Nașterea în WC-uri este de asemenea mai frecvent invocată de primipare ce pretind confuzia durerilor de naștere cu cele digestive și uneori afirmă chiar surpriza nașterii deoarece nu au știut că sînt însărcinate. În atare împrejurări se pretinde apoi confuzia mișcărilor fătului cu crampele digestive, a contracțiilor uterine cu durerile abdominale, precum și a creșterii de volum a abdomenului cu balonările. Nașterea în astfel de medii (WC-uri) ar putea fi verosimilă în condițiile unui travaliu precipitat, deoarece capul apasă pe vezică și rect declanșînd reflexele de defecare ce determină gravida să meargă la WC (ajungîndu-se astfel la sindromul Caffey de naștere ascunsă), dar ori de cîte ori cordonul apare tăiat, uscat sau chiar căzut (fig. 247) iar fătul prezintă leziuni circumferențiale ale extremității cefalice prin împingerea sa în atare medii, se va exclude nașterea precipitată cu căderea accidentală în WC și, dimpotrivă, se va confirma aruncarea sau împingerea forțată în WC. Mai mult, aruncarea în WC-uri în timpul vieții va permite constatarea macro- și microscopică în căile aeriene a unor elemente existente în aceste medii (celule vegetale, fibre musculare, ouă de paraziți etc.) care atestă aruncarea în timpul vieții și asfixia prin aspirarea lichidelor de aici. Mai frecvent însă nou-născutul ucis în alte moduri este abandonat după moarte prin aruncarea în WC-uri.

3 Căderea pretins accidentală a nou-născutului din mîinile unei terțe persoane ce asistă nașterea, ca de exemplu în cadrul asistenței empirice, necesită lămuriri în scopul deosebirii leziunilor de violență de cele produse prin căderea accidentală în atare împrejurări invocate. Cum celelalte leziuni corporale nu ridică probleme de diagnostic diferențial (plăgile tăiate, leziunile asfixice etc.), leziunile cranio-cerebrale prin lovirea capului necesită a fi diferențiate de leziunile extremității cefalice produse prin cădere. În căderea nou-născutului din mîini invocată ca facilă datorită acoperirii acestuia cu *vernix caseosa*, se vor produce totdeauna leziuni craniene unipolare față de lovirea capului, în care leziunile, prin sediul și forma lor, sînt de regulă multipolare.

Problemele medico-legale pe care le ridică expertiza morții violente a nou-născutului sînt:

1. Identificarea nașterii la termen are importanță în scopul diferențierii medico-legale a faptului de avort de cel de pruncucidere, căci constatarea unor leziuni de violență pe un făt prematur poate lăsa loc interpretării că asupra sa s-au exercitat diferite manopere abortive delictuale.

Identificarea nașterii la termen se deduce cu ușurință din cercetarea maturității fătului, a cărui greutate în nașterea la termen este de 3250 g. Greutăți la naștere între 2500 — 4500 g nu exclud o naștere la termen, fiind cunoscută prematuritatea (sub 2500 g), subponderalitatea între 2500 — 3000 g, normoponderalitatea între 3000—4500 g și suprafetația (peste 4500 g), cu nașterea unor copii cu greutate mai mare, în diferite circumstanțe fiziologice sau patologice (exemplu diabet), dar cînd nou-născutul poate fi născut totuși la termen. Maturitatea rezultă și din cercetarea lungimii nou-născutului, care în general este de 50 cm, cu variații în limitele între 48—54 cm. Craniul este

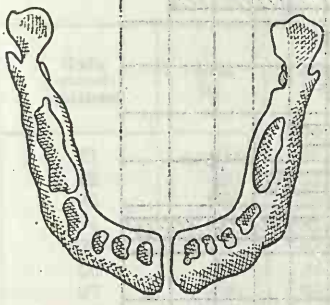


Fig. 248. Mugurii dentari la termen.

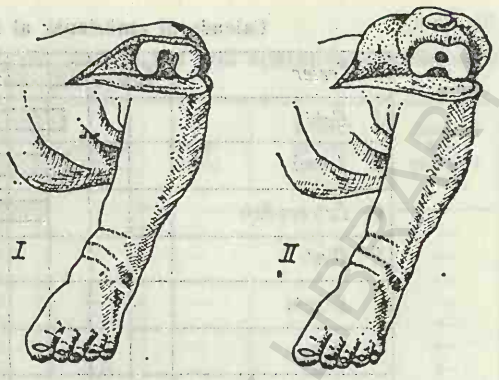
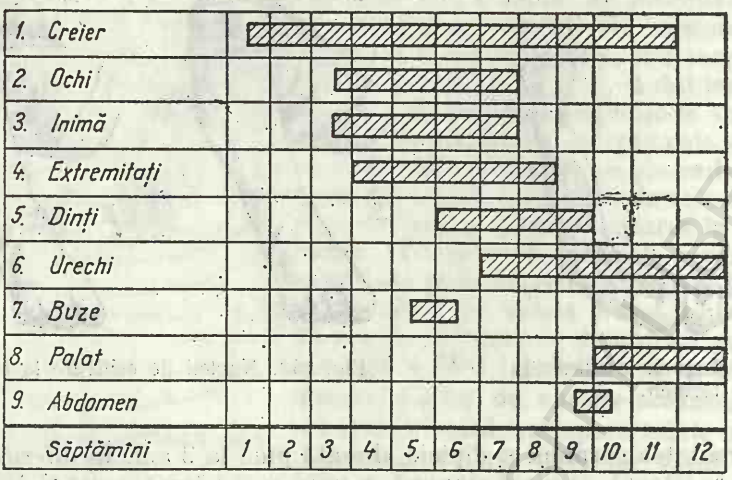


Fig. 249. Nucleii de osificare la termen.

1/5 din greutatea corpului și diploia absentă pînă la 2 ani. În diferite tumori endocrine se citează, ca masă maximă a unui nou-născut mort și la termen, cea de 11 kg, iar a unui nou-născut viu, masă de 7 kg. Elemente utile în sprijinul maturității le aduce măsurarea circumferinței capului (34 cm), a diametrelor fontanelelor (anterioară 5/2,5 cm), a altor diametre (perimetrul toracic 32 cm, diametrul biparietal 9,25 cm, bitemporal 8,8 cm, suboccipito-bregmatic 9,5 cm, frontooccipital 11,5 cm, mentooccipital 13,5 cm) precum și cercetarea unor aspecte externe de maturitate: astfel, la nou-născuții la termen unghiile acoperă pulpa degetelor, la băieți testiculele sînt coborîte în scrot, la fetițe labiile mari acoperă pe cele mici, iar raportul dintre greutatea fătului la termen și a placentei (indicele placentar a lui Adair — Thelander) este de 0,63 adică de 1/6 din greutatea fătului. Alte semne de maturitate se culeg cu ocazia necropsiei cînd în mandibulă se va constata prezența mugurilor dentari (fig. 248) precum și prezența nucleului de osificare Beclard de 1 cm diametru în extremitate inferioară a femurului (fig. 249), a nucleului Tapon în extremitatea superioară a tibiei ca și a nucleului din astragal și calcaneu. O serie de formule ajută la calcularea vîrstei nou-născutului, cum ar fi formula Haase după care, dacă nou-născutul are între 25—50 cm, lungimea sa reală în cm se împarte la 5 și se află vîrsta în luni, iar dacă are sub 25 cm lungime se extrage rădăcina pătrată din lungimea reală și de asemenea se află vîrsta în luni. În situația în care din cadavrul nou-născutului se găsește numai scheletul, prin cercetarea existenței nucleilor de osificare din diferite oase se poate deduce cronologia apariției lor și ca atare vîrsta nou-născutului, după cum se pot aplica diferite formule de cercetare osteologică medico-legală ce permit același lucru (tabelele 55, 56, 57).

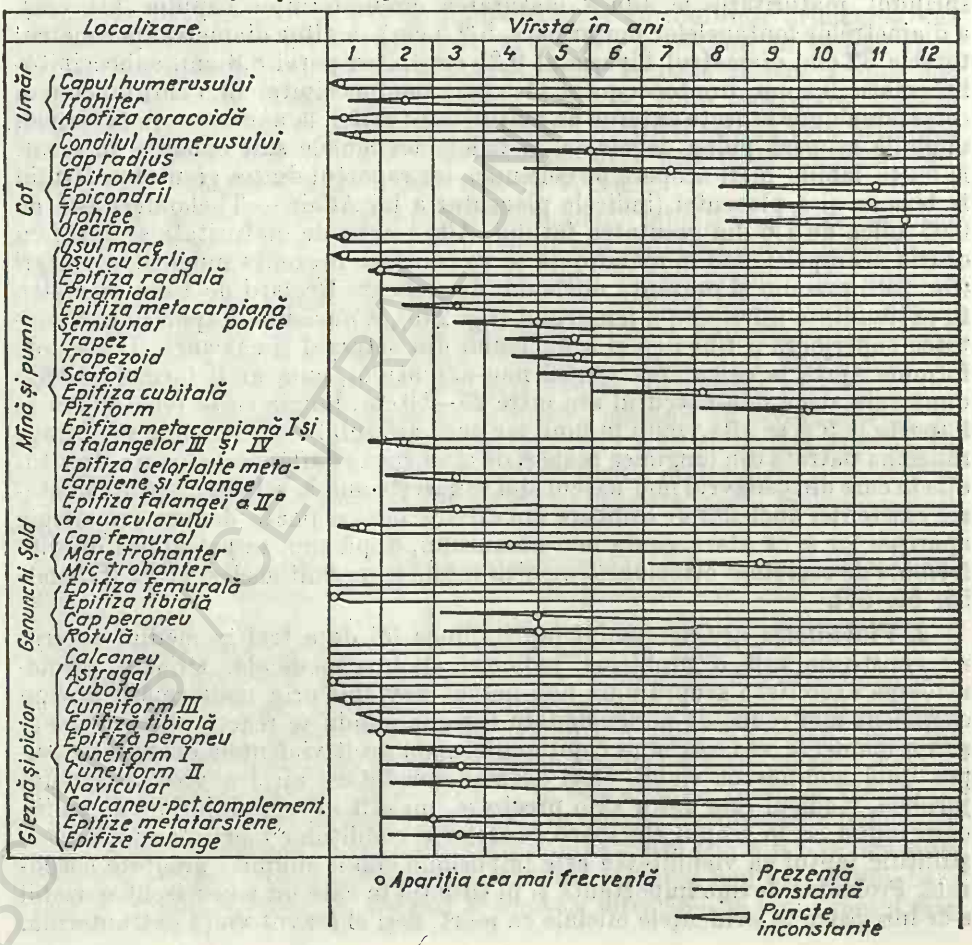
2. Viabilitatea nou-născutului (aptitudinea lui de a trăi în mediul extern) nu constituie atît o problemă judiciară cît una medicală. Oricum, pruncuciderea exercitată asupra unui nou-născut neviabil prin malformații are un coeficient mai redus de periculozitate (presupunîndu-se reacția psihică depășită a mamei la vederea unui copil malformat) decît violențele exercitate asupra unui nou-născut viabil. Deși această constatare nu are vreo relevanță juridică, medicul este dator să o precizeze, nu atît în scopul juridic al calificării faptei cît în scopul elucidării cauzelor și condițiilor morții, admițîndu-se științific faptul că viabilitatea este imposibilă sub o anumită greutate corporală. Problema devine importantă și în situația în care un nou-născut neviabil s-ar înregistra în evidențele oficiale ca mort, deși el a avut viață extrauterină.

Calendarul embrionar al lui Bickenbagh *Tabelul 55*



Tabelul 56

Apariția și evoluția nucleilor de osificare



BCU CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Tabelul 57

Estimarea vîrstei de gestaţie prin indicatorii antropometrici şi prin dimensiunile nucleilor de osificare (v. Harnack)

Vîrsta gestaţiei; săptămîni	Masa (g)	Talia (cm)	Perimetrul cranian (cm)	Calcaneu (mm)	Talus (mm)	Centrul femural distal (mm)	Centrul tibial proximal (mm)
21	400	26,2	17,6	—	—	—	—
22	480	27,9	18,9	—	—	—	—
23	560	29,5	20,3	—	—	—	—
24	650	31,2	21,5	—	—	—	—
25	750	32,8	22,8	1,4	—	—	—
26	850	34,3	24,0	2,7	—	—	—
27	990	35,9	25,3	3,8	—	—	—
28	1 140	37,4	26,5	4,8	1,3	—	—
29	1 300	38,8	27,6	5,6	2,3	—	—
30	1 470	40,2	28,6	6,3	3,1	—	—
31	1 670	41,6	29,5	6,9	3,9	—	—
32	1 910	42,9	30,4	7,5	4,6	0,5	—
33	2 150	44,1	31,2	8,1	5,2	1,5	—
34	2 390	45,2	32,0	8,6	5,7	2,3	—
35	2 610	46,3	32,7	9,1	6,2	3,0	—
36	2 810	47,3	33,3	9,6	6,7	3,6	—
37	2 990	48,3	33,8	10,1	7,2	4,1	0,7
38	3 160	49,2	34,3	10,5	7,6	4,6	1,6
39	3 240	49,9	34,7	10,9	7,9	5,1	2,4
40	3 300	50,5	35,0	11,2	8,2	5,5	3,0

În raport de posibilităţile de asistenţă medicală actuale (incubaţie, îngrijire specifică etc.), se admite ştiinţific că, de regulă, viabilitatea este posibilă după 6 luni şi peste 1500 g. Deşi sînt şi excepţii de viabilitate la 5 luni, cînd feţi de 950 g au trăit pînă la 24 ore, de regulă, viabilitatea nu este posibilă fără riscuri decît după luna a VI—VII-a şi peste 1500—1700 g. Unii autori denumesc violenţele exercitate asupra unui făt neviabil şi înainte de luna a VI-a ca feticid, iar cele exercitate după luna a VI-a, la un făt viabil, ca infanticid. În raportul de expertiză, neviabilitatea fătului, prin constatarea unor malformaţii incompatibile cu viaţa ce echivalează practic cu un nou-născut mort şi de aceea trebuie cunoscute sau prin subponderabilitatea sa, va fi afirmată pentru orientarea juristului în vederea aprecierii periculozităţii faptei şi gradării pedepsei (tabelul 58).

Tabelul 58

Clasificarea morfogenetică a anomaliilor de diferenţiere şi organogeneză (după Stoll şi Maraud, Robert şi Lambotte)

Grupul de anomalii	Mecanism ipotetic morfogenetic	Exemple
I. Morfodisplazii		
A. Deficienţa unor schiţe embrionare	Alterarea plasării schiţelor embrionare	
— agenezie		Anoftalmie, aplazie renală, agenezia corpului calos
— hipergenezie		Macroglosie, macrocheilie
— hipogenezie		Microcefalie, focomelie
— dispariţia schiţei embrionare		Exencefalie

Grupul de anomalii	Mecanism ipotetic morfogenetic	Exemple
B. Hipertrofia schiței embrionare		Gigantism parțial, rinichi supranumerar, polidactilie
C. Coalescența schițelor embrionare		
— absența coalescenței normale		Fisură palatină și labială, hipospadias, spina bifida
— coalescența anormală		Ciclopie, rinichi în potcoavă
D. Modificări de migrare		
— ectopie		Criptorhidie, rinichi pelvin
— tulburări de rotație		Situs inversus
— inhibiția mișcărilor morfogenetice		Celosomie
E. Persistența anormală de structuri embrionare		
— resturi embrionare		Chisturi brahiale, diverticul Meckel, resturi cordale
— conformații anatomice embrionare		Foramen ovale, atrezie anală, sindactilie
II. Histodisplazii		
A. Ectodermoze	Corelate cu foile embrionare primitive	Ihtioza, epidermoliza buloasă
B. Mezodermoze		Boala Marfan, osteogeneza imperfectă, boala Albers-Schönberg, boala Paget, condrodistrofii, status varicosus, angiomatoza, boala Rendu-Osler, citopenii constituționale
C. Endodermoze		Polipoza rectocolică, boala Hirschsprung, stenoza hipertrofică de pilor
D. Ectomezodermoze		
— cu predominanță neuroglioblastică		Facomatoze, neurofibromatoza, scleroza tuberoasă
— cu predominanță angiomatoasă		Sindrom Sturge-Weber, maladia V. Hippel-Lindau
III. Displazii moleculare		
	Uneori prezintă malformații macroscopice	Erori înnăscute de metabolism, tezaurismoze, hiperplazia congenitală de suprarenală cu pseudohermafroditism

3. Diagnosticul de viață extrauterină constituie cheia de boltă a expertizei pruncuciderii, deoarece violențele exercitate asupra unui nou-născut mort constituie o infracțiune putativă, și numai suprimarea vieții nou-născutului viu definește pruncuciderea. Problema vieții extrauterine are și o importanță deontologică deoarece, uneori, în tendința reducerii procentului de mortalitate infantilă, unii nou-născuți neviabili sau care au trăit puțin după naștere sînt înregistrați în mod greșit ca născut morți, fapt ce încarcă pe medic cu responsabilități juridice (fals intelectual) și privează mama de ajutoarele legal acordate. Litigiul se rezolvă de asemenea numai printr-o expertiză medico-legală. Normativele C.A.E.R. ca și cele ale O.M.S.-ului în domeniu arată fără echivoc că nou-născutul ce a dat un semn de viață, indiferent în ce constă acest semn (respirație, circulație, contracții musculare etc.) și indiferent de durata sarcinii, trebuie înregistrat ca născut viu.

Semnele majore de viață extrauterină sînt cele morfologice din partea plămînului, a cărui structură în fante alveolare din viața intrauterină se modifică luînd structura pulmonului alveolar, odată cu „șocul" inoculării primei cantități de aer în plămîn. Sub aspect macroscopic, pulmonul anectazic (nerespirat) se prezintă sub forma a două mase cărnoase colabate în șanțurile costovertebrale, cu o consistență de organ parenchimatos și o colorație roșie la exterior, iar pe secțiune dă senzația de organ parenchimatos din care se scurge sînge lichid. Sub aspect microscopic, acest pulmon nu relevă decît prezența unor fante alveolare (în care, în viața intrafetală există un lichid care facilitează ulterior, odată cu primele respirații, desfacerea alveolelor) precum și a bronhiilor plicaturate în burse. Pulmonul nerespirat implică și artere pulmonare vide, porii de comunicare Kohn blocați. Pulmonul respirat (ectazic) se caracterizează macroscopic prin aceea că umple cușca toracică, are o colorație roz la exterior și la palpare dă senzația de crepitație datorită conținutului său lichidian și aeric. Pe secțiune, pulmonul respirat oferă un scîrțîit specific și din el se scurge sînge aerat. Microscopic, pulmonul respirat oferă o structură alveolară cu bronșiolele desfăcute (fig. 250, 251, 252). Faptul că ectazia pulmonului este un fenomen dinamic ce se face progresiv și în timp de 1—2 săptămîni începînd cu porțiunile superioare și anterioare și sfîrșind cu porțiunile inferioare și posterioare, pentru înlăturarea erorilor este necesar a se proceda la recoltarea de fragmente (în scopul confirmării microscopice sau docimazice de pulmon

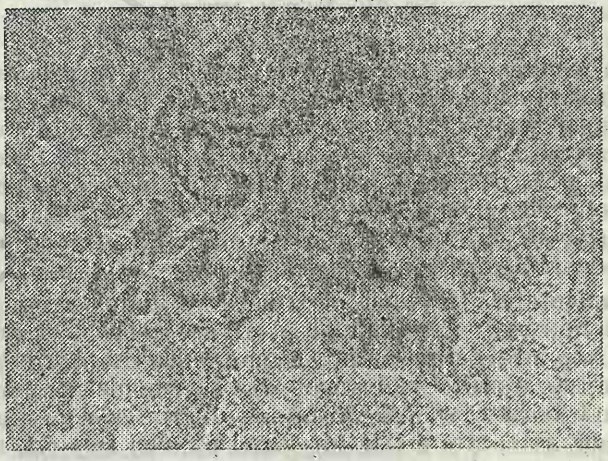


Fig. 052 Pulmon nerespirat.

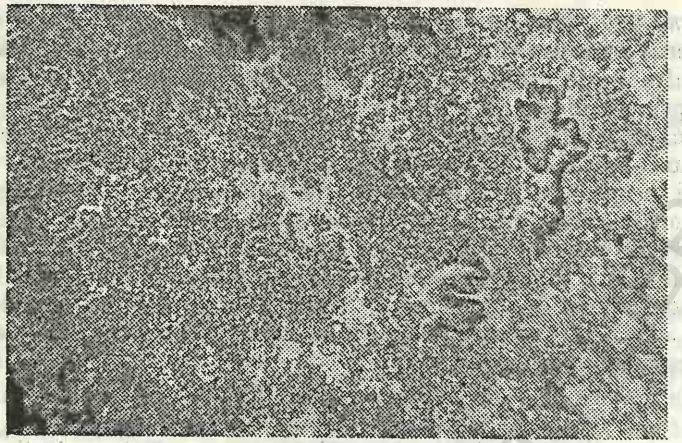


Fig. 251. Pulmon nerespirat (bronhii fetale).

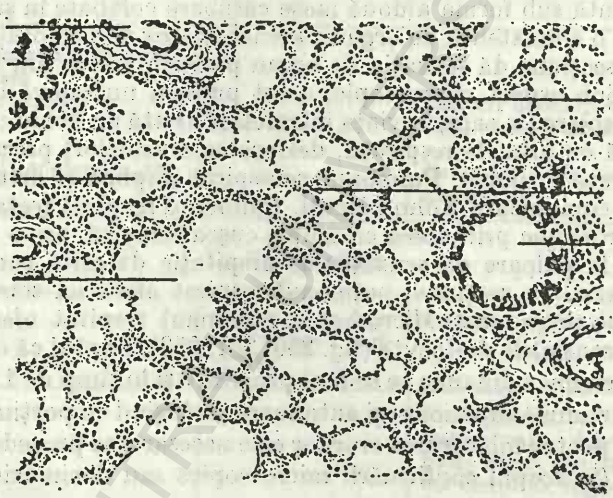


Fig. 252. Pulmon respirat.

respirat sau nerespirat) din cît mai multe porţiuni şi zone pulmonare. Altfel, docimazia sau explorarea microscopică făcută dintr-o zonă nerespirată la un pulmon parţial respirat va duce la concluzia falsă de nou-născut mort, deşi nou-născutul a trăit şi a respirat parţial după naştere. Examenul microscopic al pulmonului probează viaţa extrauterină şi prin constatarea unor corpi străini apoşi sau pulverulenţi care, găsiţi în alveole, constituie o probă indubitabilă de inspir activ. O metodă modernă de cercetare a pulmonului respirat este docimazia histomorfometrică cu aparatul Mignot.

O probă orientativă în sprijinul diagnosticului de pulmon respirat şi de viaţă extrauterină este docimazia pulmonară bazată pe densitatea diferită a pulmonului respirat şi nerespirat faţă de apă. Examenul hidrostatic docimazic al pulmonului este o probă veche, care, în situaţia plutirii plămînului la suprafaţa apei în totalitate sau în fragmente de diferite mărimi, pînă la limita la care pot fi secţionate, atestă existenţa unui pulmon respirat, sau în situaţia căderii la fund atestă existenţa unui pulmon nerespirat. Atunci cînd fragmen-

tele plutesc între două ape, concluzia orientativă va fi de pulmon parțial respirat (fig. 253).

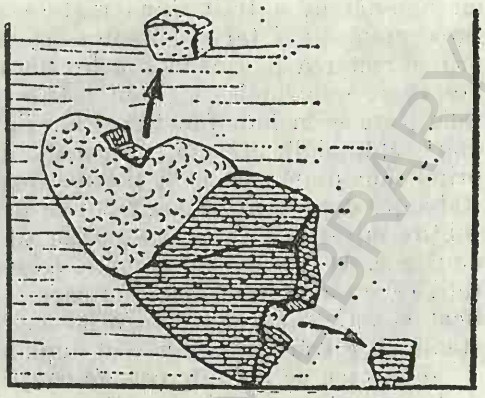


Fig. 253. Docimazie hidrostatică.

Proba are o valoare orientativă deoarece este grefată de unii factori de eroare. Astfel, unii prematuri care au trăit și respirat pot prezenta o docimazie negativă datorită atelectaziei pulmonare, după cum, alți nou-născuți pot prezenta docimazii negative datorită condensărilor pneumonice sau bolii membranelor hialine. Erorile fals negative ale docimaziei se întîlnesc mai ales în acele circumstanțe în care pulmonul suferă condensări de tipul pneumopatiilor fetale sau contractate după naștere. Erorile fals pozitive se întîlnesc, dimpotrivă, în situația în care pulmonul nerespirat a intrat în putrefacție sau cînd asupra nou-născutului s-au exercitat manevre de respirație artificială gură la gură și pulmonul a fost ectaziat artificial. Diagnosticul se precizează microscopic, deoarece veziculele de putrefacție cuprind un teritoriu de mai multe alveole, sînt mai mari, în contextul unei imagini microscopice de pulmon nerespirat sau respirat și vor avea sediul predominant peribronșic sau perivascular, după cum germenii de putrefacție au invadat plămînul din bronhii sau prin intermediul sîngelui. Pentru putrefacție pledează și constatarea germenilor microbieni în vase, bronhii sau în veziculele de putrefacție.

Din cele de mai sus rezultă că examenul de certitudine care atestă diagnosticul de pulmon respirat este examenul histologic (docimazia histologică), care trebuie făcut obligatoriu, indiferent de constatările macroscopice sau ale docimaziei hidrostatice. În acest scop, nu se va uita necesitatea recoltării de fragmente din cît mai multe porțiuni ale plămînului.

Alte probe, cu valoare redusă în aprecierea vieții extrauterine sînt docimazia gastro-intestinală (proba Breslau) și cercetarea aerului în urechea medie. Aceste probe au valoare redusă deoarece, într-un timp scurt după moarte, în raport de condițiile de mediu ce grăbesc putrefacția, asistăm la producerea de gaze în intestin, de unde rezultatele sale fals pozitive. Se admite că un nou-născut mort nu va avea aer în stomac și intestin față de un nou-născut viu, care, odată cu respirația începe să înghită și aer. În acest scop, stomacul și intestinul plasat între două ligaturi plutesc la suprafața apei în situația în care conțin aer și cad la fund în situația în care nu conțin aer. Cum s-a spus însă, putrefacția precoce a tubului digestiv dă rezultate fals pozitive. Alteori, constatarea laptelui în stomac atestă în mod indubitabil viața extrauterină prin alăptarea nou-născutului.

Atribute de viață extrauterină, iar în caz de violență atribute de pruncucidere se întîlnesc atunci cînd în lipsa respirației se probează existența circulației sangvine, fie prin constatarea modificărilor hemodinamice după naștere, fie prin constatarea reacțiilor vitale infiltrativ-hemoragice în țesuturi la nivelul diferitelor plăgi produse. Faptul duce la concluzia că poate exista viață fără respirație, ca în stările de apnee fiziologică, de respirație superficială prin atelectazie, dar starea inversă nu este posibilă (adică respirația fără viață).

4. Durata vieții extrauterine este important a fi precizată întrucît permite a delimita infracțiunea de pruncucidere de cea de omor. Timpul cît

un nou-născut a trăit după naștere se stabilește cu ușurință prin cercetarea greutății și taliei, a fontanelei anterioare ce se închide la 4 luni etc., prin cercetarea morfologică a involuției și căderii cordonului ombilical, a bosei sero-sangvinolente și/sau cefalhematomului, a involuției găurii lui Botallo (care se închide funcțional imediat după naștere și anatomic în primele două săptămîni), precum și a canalului anterial (care se închide anatomic în prima lună după naștere și uneori poate persista toată viața). De asemenea se stabilește după constatarea modului de eliminare a meconiului din intestinul subțire în cel gros în primele două zile și de aici la exterior în următoarele două zile. Alte probe pot completa acest examen, cum ar fi constatarea greutății celor două ventricule cardiace, a focarelor de hematopoieză fetală în ficat etc. Calendarul fenomenelor morfo-fiziologice după naștere permite a stabili cît a trăit un nou-născut după naștere.

5. În ceea ce privește *cauzele morții violente* a nou-născutului se va pleca de la constatarea că, după naștere, acesta poate fi expus la variate riscuri, de gravitate diferită: riscul indiferenței, abandonului, lipsei îngrijirilor, sau agresiunii.

Moartea unui făt la termen se poate produce în uter, în timpul travaliului sau, mai frecvent, după naștere.

Moartea în uter, care se încadrează în infracțiunea de avort, se poate produce prin traumatisme genitale sau prin puncții transamniotice cu diferite substanțe (exemplu, ser hipertonic) ce au ca efect moartea fătului. În raport de modificările fătului mort în uter se emite o concluzie asupra datei traumatismului sau asupra datei puncției, știut fiind că, dacă în primul trimestru produsul de concepție mort se poate chiar resorbi prin autoliză, în trimestrul II și III el suferă un proces de macerare primară (asemănătoare conservării în alcool) sau de putrefacție secundară, ori de cîte ori survine infecția lichidului amniotic după moartea sa. Macerarea poate fi de gradul I (cu decolarea epidermului), gradul II „cu apariția de vezicule" și gradul III „cu hemoliză". Diagnosticul de făt mort în uter se bazează pe dislocarea și încălecarea oaselor craniene (semnul Spalding), benzi clare între os și scalp datorate macerării (semnul Denel), apariția bulelor gazoase în corp (semnul Roberts).

Moartea violentă a nou-născutului în timpul travaliului se produce prin compresiunea capului și sufocarea între coapse, prin secționarea gîtului imediat după degajarea capului sau prin asfixie cu circulare de cordon nesecționate la timp (moarte accidentală). În asfixia prin circulară de cordon ombilical, care obligă la diferențierea cu alte manevre criminale de strangulare, se produce o comprimare a venelor cordonului cu pomparea sîngelui spre placentă și cu lipsa sa de întoarcere. În aceste împrejurări, fătul poate muri printr-o „anemie de stază" în placentă, într-un interval variabil de timp. Strangularea prin cordonul ombilical se întîlnește ca o realitate în unele cazuri prezumate de pruncucidere, deoarece unele cordoane, fiind mai lungi (pînă la 3 m), facilitează aceste circulare prin care se produce comprimarea carotidelor și care sînt demonstrate prin multitudinea lor în jurul gîtului, a șanțurilor lăsate care, de regulă, sînt superficiale și complete în jurul gîtului și cu o urmă de șanț spre ombilic, fără ca pulmonul să fie respirat (fig. 254, 255). Cu alte cuvinte, întrunirea acestor elemente și mai ales a caracterului strîns al circularelor care lasă șanțuri evidente, cu venele dinspre placentă dilatate și cu un pulmon nerespirat, atestă moartea accidentală prin circulară de cordon. Rupturile de cordon duc în mod excepțional la moarte prin hemoragie, mai ales în situația discraziilor concomitente, deși unii autori admit că frecvența lor nu este totuși de neglijat. Ruperea vaselor cordonului se poate evidenția și prin exis-

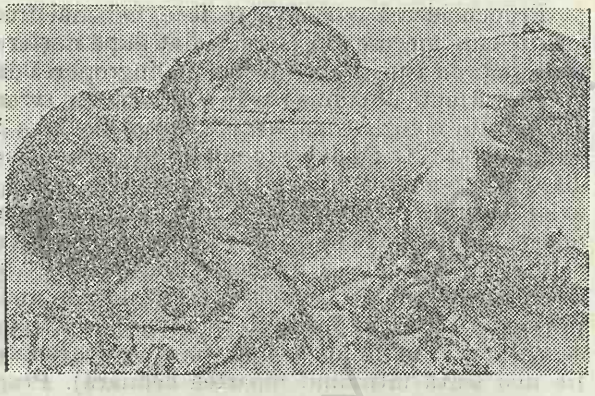


Fig. 254. Strangulare intenţională cu cordonul ombilical.

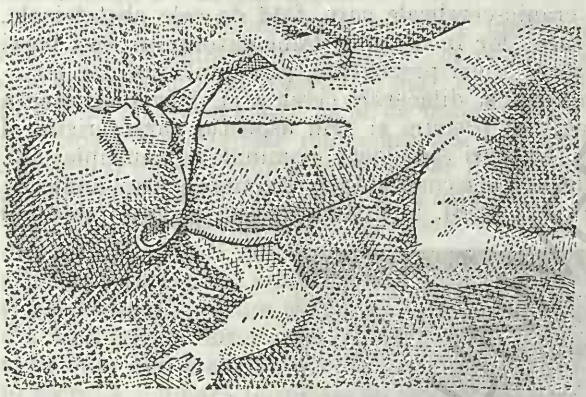


Fig. 255. Strangulare intenţională cu cordonul ombilical.

tenţa hematoamelor în cordon. În travaliile precipitate, cum s-a menţionat, moartea accidentală produsă prin căderea nou-născutului (cu ruperea cordonului începînd de la 1000 g ce atîrnă de el) se va deosebi de lovirea violentă a capului. De asemenea, în timpul naşterii, torsiunea exagerată a capului poate produce hemoragii retrolaringiene, fără nici un semn pe tegumente, ori hemoragii ale gîtului care pot explica moartea fie în cadrul torsiunilor prin asistenţă obstetricală neadecvată, fie prin autoasistenţă. Rupturile de ficat, mai ales la cei sub 1500 g, fracturile în minge de ping-pong datorită forcepsului sau promontoriului, hemoragiile subdurale iatrogene (după forceps, ocitocice) pot fi cauze de moarte accidentală în timpul travaliului. În sfîrşit, o ultimă circumstanţă, ce este invocată ca accident de travaliu şi care trebuie deosebită de asfixia criminală, este producerea unor leziuni în cadrul autoasistenţei, leziuni care în prezentaţia pelvină se pot întîlni pe membre şi abdomen, iar în prezentaţia craniană la nivelul gîtului. Mai rar, în cadrul acestor manopere de autoasistenţă, mama încearcă degajarea capului prin introducerea mîinii în gura fătului, cu producerea unor dilacerări ale ţesuturilor feţei, gurii şi comisurilor bucale. Mai frecvent se încearcă însă degajarea capului prin apucarea de sub bărbie cînd se pot produce echimoze şi excoriaţii prin acţiunea degetelor şi unghiilor. De regulă, excoriaţiile localizate sub mandibulă şi cu concavitatea spre gură pledează pentru autoasistenţă, pe cînd cele localizate pe gît şi de formă neregulată pledează pentru asfixie criminală prin strangulare cu mîna.

După naştere, moartea violentă a nou-născutului se produce în mod comisiv sau omisiv.

Pruncuciderea comisivă se face, cel mai frecvent, prin violenţe asfixice, printre care înecarea în apă imediat după naştere cînd se presupune, mai frecvent, acţiunea unei terţe persoane, îngroparea în diferite soluri, aruncarea în WC-uri urmată de submersie în aceste medii, strangularea cu mîna sau cu laţul, asfixii prin ocluzie, mai frecvent prin blocarea faringelui cu corpuri moi sau semidure etc. O modalitate subtilă de pruncucidere disimulată este naşterea directă într-un vas cu apă (naşterea submersie), cînd numai constatarea semnelor generale de asfixie va permite o orientare asupra cauzei morţii. Înecarea nou-născutului în lichidele de facere se probează cu mai multă uşurinţă prin cercetarea microscopică a „planctonului amniotic" la nivelul plămînului. Neuronii de nou-născut suportă mai bine glicoliza în anaerobioză, fapt ce permite supravieţuirea de mai lungă durată mai ales în condiţii de hipotermie (ATP-aza scăzută în condiţii de asfixie face ca degradarea compuşilor macroergici să fie mai lentă întîrziind moartea celulară). Pruncuciderea comisivă se poate produce şi prin traumatisme cranio-cerebrale care, faţă de cele obstetricale, se vor caracteriza prin localizarea lor în afara cefalhematomului sau bosei sero-sangvinolente şi deci în afara zonei prezentate, prin multitudinea leziunilor, caracterul lor focal (contuzii şi dilacerări cerebrale), prin coexistenţa cu multiple alte plăgi ale scalpului precum şi prin aspectul caracteristic al fracturilor produse prin lovire (fracturi eschiloase, cominutive, multiple) etc. Aceste fracturi se vor deosebi de lacunele congenitale, simetrice şi asemănătoare ca aspect morfologic (fig. 256, 257, 258). Moartea violentă a nou-născutului

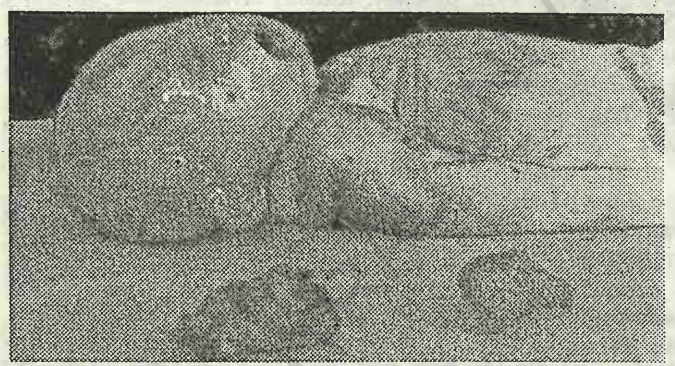


Fig. 256. Sufocare cu obiecte moi.

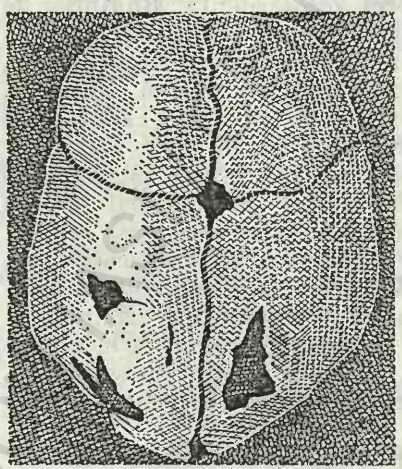


Fig. 257. Lacune de osificare.

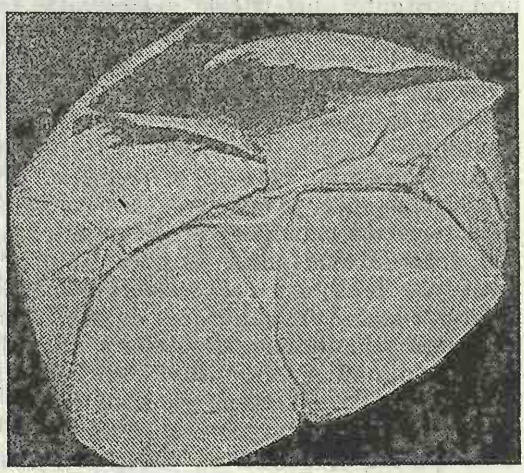


Fig. 258. Pruncucidere (lovirea capului).

se poate produce și prin plăgi tăiate sau înțepate, cînd evidențele reduse privind urma acțiunii unor astfel de obiecte trădează pruncuciderea disimulată (de exemplu, prin secționarea carotidelor cu foarfecele din gură, prin înțeparea fontanelelor, prin înțeparea prin gură între vertebrele cervicale 3—4 etc.).

Pruncuciderea omisivă se referă la abținerea mamei de a oferi nou-născutului îngrijirile necesare și prin aceasta expunerea sa la riscuri ori prin abandonarea în frig și nealimentarea sa. Moartea prin frig a nou-născutului se produce în 100% din cazuri la 29° temperatură corporală, deoarece, prin termogeneza deficitară și prin termoliza accentuată, datorită suprafeței cutanate corporale mai mari de circa 3 ori decît greutatea față de adult, un nou-născut se răcește ca un poikiloterm, ca un adevărat corp fizic. Mai rar, omisiunea se poate realiza prin producerea unei inanități progresive prin nealimentare cînd medicul are obligația de a verifica dacă o astfel de emaciere nu se datorește și vreunei malformații a tubului digestiv.

6. Depistarea mamei prin mijloace medicale constituie o modalitate de identificare a autoarelor infracțiunii de pruncucidere, întrucît deseori cadavrul este abandonat și transportat la mari distanțe de apa rîurilor, de animale etc., fără a se putea cunoaște locul de unde provine. Depistarea mamei se poate face într-o colectivitate mai mare sau mai restrînsă după anumiți indici de anchetă și cînd constatarea semnelor de sarcină și mai ales de naștere, fără posibilitatea justificării copilului, constituie un element principal de diagnostic (fig. 259). Secreția glandelor mamare, căutată în aceste împrejurări ca semn de sarcină, alături de celelalte semne externe de sarcină constituie un semn relativ, deoarece sînt cunoscute secrețiile mamare în afara sarcinilor (amenoreea și galactoreea) precum și cele din diferite stări patologice (mamela secretantă din tulburările hormonale, tumori, tratamente cu rezerpină, largactil etc.). O valoare mai mare de diagnostic o are cercetarea microscopică a colostrului în secreția mamară (citologia glandei mamare descrisă de Kernbach), în care se vor găsi globule de grăsime, celule epiteliale degradate, leucocite și corpi de colostru. Semne de certitudine în sprijinul nașterii le aduce însă constatarea involuției uterului și a aspectului lohiilor (sangvinolente, serosangvinolente și seroase) în nașterile recente. Constatarea unor rupturi de perineu în nașterile îndepărtate în antecedente constituie semne certe de naștere dacă se elimină producerea lor, ca excepție, în cadrul violențelor sexuale și mai ales al traumatismelor abortive.

7. Aprecierea posibilității mamei de a da un ajutor nou-născutului ajută la rezolvarea caracterului intenționat sau nu al omisiunii, în raport de prevederile legii. Astfel, datorită șocului obstetrical, hemoragiilor de delivrare etc. ca stări legate de naștere ce justifică medical omisiunea de ajutor, se pot produce „pruncucideri omisive" care disculpă fie prin

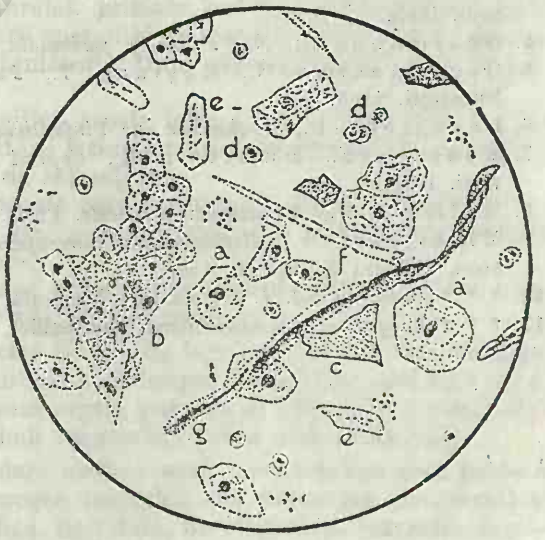


Fig. 259. Compoziția lichidului amniotic (Simonin).

constatarea imediată a suferinţelor legate de naştere, fie prin constatarea lor tardivă (exemplu, anemia după naştere, leziunile perineale şi infecţiile după travalii laborioase cu şoc obstetrical prezumat etc.).

8. În pruncuciderile cu motivaţie bizară se pune *problema examenului psihiatric al mamei*, cu care ocazie se poate constata că actul de pruncucidere este motivat patologic fie prin debutul unei psihoze, fie prin agravarea unei boli psihice preexistente. Astfel, unele pruncucideri se fac ca o consecinţă a trăirilor patologice de devalorizare şi cu o motivaţie altruist-patologică cum ar fi în melancolie, se fac bizar atît ca motivaţie cît şi ca mijloace ca în schizofrenie, iar alte pruncucideri se execută disimulat, cu convingere patologică absolută, ca în melancoliile puerperale. În epilepsie, pruncuciderile pot fi explicate printr-o echivalenţă epileptică cu confuzie şi amnezia faptului comis, iar în debilitatea mintală ca şi în psihopatie, prin răceală afectivă şi impulsivitate faţă de copilul evident nedorit. În situaţii de limită, actul de pruncucidere e interpretat de mamă ca un act de suicid, copilul fiind considerat că face parte din corpul mamei, ca o agresiune disimulată faţă de tată la trăiri de gelozie sau, la copii mai mari, poate fi consecinţa sindromului copilului bătut. Soluţionarea acestor probleme se face după regulile metodologice ale expertizei psihiatrice medico-legale.

9. Medicul legist poate aduce informaţii ştiinţifice probatorii în sprijinul descoperirii şi calificării juridice a infracţiunii şi prin *cercetarea circumstanţelor şi locului naşterii*. Desigur că ascunderea sarcinii şi naşterii nu este numai o prezumţie de vinovăţie sub aspect judiciar ci şi o problemă medicală care trebuie să determine la luarea, fără excepţie, a gravidelor în evidenţă. Cercetarea de laborator a produselor biologice de la locul suspect al naşterii oferă elemente utile anchetei, mai ales în ceea ce priveşte identificarea mamei.

BIBLIOGRAFIE

1. Desmarez J. J., *Méd. Lég. a l'usage des juristes*, Bruxelles, 1970.
2. Dobrinescu I., *Rev. rom. de drept*, 1971, 10, 38.
3. Franconi G., Wallegren A., *Manual de pediatrie*, Editura Medicală, Bucureşti, 1965.
4. Georgescu N., *Patologie perinatală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1972.
5. Georgescu N., Roşianu T., *Patologia sugarului*, Editura Medicală, Bucureşti, 1966.
6. Levasseur P., *Recherches sur l'infanticide*, 1968.
7. Medesan F., Dumitriu E., *Copilul nou-născut*, Editura Medicală, Bucureşti, 1965.
8. Muller H. P., *Enciclopédie médicale*, Paris, 1968.
9. Mihăilescu V., *Reglementarea întreruperii cursului sarcinii şi infracţiunea de avort*, Editura Ştiinţifică, 1967.
10. * * * *Pediatria vol. I, II*, Editura Medicală, Bucureşti, 1964.
11. * * * *Rapport et communications*, Montpellier, 1966.

PATOLOGIE CLINICĂ MEDICO-LEGALĂ
(Expertiza medico-legală a persoanei)

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A VĂTĂMĂRILOR CORPORALE

Termenul de vătămare, consacrat pentru orice prejudicii aduse sănătății morale, fizice, psihice sau sociale a persoanei, definește, sub aspect juridic, o categorie de fapte antisociale clasificate în ceea ce privește gravitatea lor în raport de un criteriu eminamente medical. Termenul de vătămare se pare că este unul din cele mai vechi cuvinte, aparținînd dacilor, perpetuat și în zilele noastre, sub expresia de vătămătură. Vătămările corporale constituie delicte cu prejudicii nepatrimoniale de ordin afectiv, estetic, de agrement, demnitate, scăderea rezistenței la boli, divorț, impotență, detenție ilegală, acte versatile în presă etc. Este firesc ca vătămarea să conțină toate aceste situații nu numai sub aspect juridic (protejarea personalității persoanei), ci și sub aspect medical, deoarece în concepția O.M.S. sănătatea este definită ca o stare de echilibru, de bine fizic, psihic și social și orice tulburare a componentelor ce mențin acest echilibru pot prejudicia sănătatea.

Sub aspect juridic vătămările implică un prejudiciu, o faptă ilicită și legătura dintre ele, și obligă la o reparare fizică, morală, juridică etc. Unii admit repararea prejudiciilor fizice cu bani (ce „pansează" rănile morale), alții nu admit transferul suferinței morale în cîștig deoarece „din demnitatea morală nu se poate face o valoare de schimb". O soluție intermediară în care repararea nu e nici simbolică dar nici de îmbogățire va include *pretium doloris* (prețul durerii fizice ori morale), *pretium pulchritudinis* (a frumuseții) sau *pretium juventutis* (al reducerii speranței de viață la tineri). Sub aspectul consecințelor psiho-endocrino-circulatorii, traumatismul moral poate fi asimilat violenței.

Sub aspect juridic legea clasifică aceste infracțiuni în raport de timpul de îngrijire medicală necesar tratării leziunilor produse prin agresiune. Legea se referă la următoarele tipuri de infracțiuni:

Lovirea este agresiunea corporală care nu necesită îngrijiri medicale.

Lovirea simplă este actul de vătămare corporală sau psihică care necesită pînă la 20 zile îngrijiri medicale.

Vătămarea este consecința unei agresiuni externe cu semnificație antisocială, care necesită între 20—60 zile îngrijiri medicale.

Vătămarea gravă necesită peste 60 zile de îngrijiri medicale sau produce una din următoarele situații, indiferent de timpul de îngrijire medicală necesar: pierderea unui simț sau a unui organ, punerea în primejdie a vieții, sluțirea, avortul, producerea unei boli traumatice sau a unei infirmități.

Prin organ, din punct de vedere medico-legal, vom înțelege acea parte a corpului ce implică un țesut omogen (mușchii) sau heterogen (stomacul) și care îndeplinește o funcție specifică, fie vitală, fie utilă vieții (excreția, digestia, masticația, pipăitul etc.). Asocierile de organe realizează un complex

de funcții în organism, așa cum ar fi circulația, digestia etc. și care le conferă denumirea de aparate. Din acest punct de vedere, se poate vorbi de organe vitale, fără de care viața este imposibilă, de organe indispensabile dar care pot fi înlocuite și de organe neutile. De asemenea se vorbește de organe perechi, protetice etc. Această diferențiere este utilă juristului în vederea aprecierii gravității faptei precum și a situațiilor care, în practică, pot fi extrem de variate (de exemplu, pierderea unui organ sub aspect anatomic, a unui organ care era deja pierdut funcțional dar care îndeplinește o funcție anatomică, estetică, ducînd la un prejudiciu estetic, a unei proteze vitale etc.).

Prin sluțire (în termeni medico-legali, prejudiciu estetic) se înțelege alterarea înfățișării fizice native a unei persoane în general și nu numai a expresiei (a fizionomiei feții) sale. În sluțire intră în cel mai înalt grad alterarea înfățișării fizice, dar și anchiloza, scurtarea membrelor, pierderea unei proteze care poate fi vitală sau înlocuibilă (în prima circumstanță putînd fi pierdere de organ), smulgerea părului etc. După lege prejudiciul estetic va fi însemnat și ireversibil după următoarele criterii: ireversibilitate, dizarmonie evidentă, gravitate vădită ce schimbă în rău înfățișarea nativă a persoanei (decizie de îndrumare a Tribunalului Suprem).

Prin leziuni periculoase pentru viață se înțelege realizarea unor vătămări care pun în pericol viața și care nu s-au făcut din intenția de a omorî pentru a caracteriza tentativa de omor. Se pare că, tocmai datorită dificultăților de stabilire a laturii subiective în tentativa de omor, practica unei imputabilități „obiective" apreciază și deduce intenția din regiunea și organul interesat într-o vătămare (independent de posibilitățile terapeutice de salvare a vieții), din instrumentul utilizat, gravitatea și multitudinea loviturilor și leziunilor precum și a riscurilor lor pentru viață. Corect, cînd nu sînt elemente subiective de intenție se va aplica punerea în primejdie a vieții. Criteriul unic al acestor situații va fi aptitudinea tanato-generatoare a leziunii, *hic et nunc* (aici și acum), afectarea unui organ vital sau cu rol vital în economia organismului, cu leziuni de intensitate mare ori multiple, cu instrumente apte pentru aceasta și în raport de reactivitatea concretă a bolnavului. Într-o îndrumare metodologică medico-legală centrală se consideră că „leziunile periculoase pentru viață sînt consecințe determinate de agresiune indiferent de organ, instrument sau regiune. Vor fi periculoase leziunile urmate direct și nemijlocit de tulburări sau complicații ce pot determina încetarea funcțiilor organice printr-un mecanism tanato-generator cunoscut, consecințe ce se pot evita spontan sau prin ajutor calificat ce au oprit sau înlăturat aceste fenomene". Evident, criteriile medicale trebuie să se moduleze însă la cele juridice printr-o criteriologie specific medico-legală. Se cere ca aceste riscuri să fie actuale, imediate și independente de posibilitățile terapeutice care au salvat viața, deși periculozitatea pentru viață poate, medical, fi și tardivă sau eventuală. În tentative, elementele subiective juridice pot coexista cu cele medicale obiective de punere în primejdie a vieții pentru că ocrotirea juridică a persoanei este mult mai largă decît ocrotirea sa medicală.

Celelalte situații prevăzute de vătămarea gravă comportă accepțiuni comune practicii medicale.

Infirmitatea e pierderea sau dereglarea unei structuri sau funcții psihologice, fiziologice sau anatomice.

Incapacitatea e o diminuare sau pierdere a aptitudinii de achitare de o activitate judecată normală și rezultantă dintr-o infirmitate (normală în raport de vîrstă, sex, profesiune etc.).

Așa cum s-a observat, în clasificarea acestor infracțiuni ce condiționează gravitatea lor penală, legea utilizează cu precădere un criteriu pur medical:

timpul de îngrijire medicală necesar leziunilor. Acest fapt conferă medicului deosebite responsabilități, deoarece el trebuie să adopte criterii obiective de apreciere, pentru a evita interpretarea diferită a situațiilor care s-ar repercuta în administrarea diferită și deci inechitabilă a justiției. Respectarea criteriilor și normelor mai jos expuse trebuie să fie absolută, pentru a nu crea sentimentul unei aprecieri subiective în probleme atît de grave cum sînt cele de ordin judiciar.

Timpul de îngrijire medicală este un criteriu general care, la rîndul său, implică o viziune adecvată asupra unor subcriterii ce îl definesc și conturează. Timpul medical de îngrijire este prin excelență un criteriu terapeutic și el se referă la recomandarea făcută de medic și obligativitatea bolnavului de a urma o anumită perioadă de timp un tratament prescris. Nu interesează procedura terapeutică recomandată (intervenția chirurgicală sau simplul repaus), legea obligînd doar ca întotdeauna tratamentul să fie recomandat de medic. În condițiile unei asistențe medicale de stat și accesibilității nelimitate la această asistență, persoana vătămată nu poate pretinde luarea în considerație a unui tratament empiric efectuat.

Din spiritul legii rezultă apoi că timpul medical de îngrijire nu se echivalează cu incapacitatea de muncă concomitentă sau consecutivă (care poate fi mai scurtă sau mai lungă față de timpul de îngrijire medicală) și nici cu durata de spitalizare care, de asemenea, poate fi mai scurtă sau mai lungă față de tratamentul aplicat (spitalizări pentru observație fără tratament sau invers, tratamente efectuate la domiciliu). Timpul de îngrijire medicală se referă la timpul de tratament necesitat de leziunea consecutivă violenței ca atare și nu la prelungirea acestui timp din culpa victimei sau a medicului, situații ce se vor preciza în mod separat în actul de expertiză.

Timpul de îngrijire medicală implică apoi un subcriteriu morfologic ce obligă la a lua în considerație și alte situații, printre care producerea unor leziuni care pot evolua un timp mai îndelungat și fără a necesita vreun tratament medical (de exemplu echimozele), ceea ce scoate în evidență faptul că timpul de îngrijire medicală nu se omologhează și nu se confundă cu timpul de vindecare, ce poate fi mai scurt sau mai lung decît tratamentul efectuat.

Subcriteriul funcțional al timpului de îngrijire medicală atestă necesitatea luării în considerație a gradului de afectare a funcției unui organ consecutiv unei vătămări corporale și care, de asemenea, nu se confundă cu durata timpului de îngrijire medicală (exemplu, spitalizarea necesară urmăririi eventualelor sechele după o comoție cerebrală ce nu necesită vreun tratament și care nu se confundă cu timpul de îngrijire reală).

În cadrul subcriteriului social al timpului de îngrijire se va lua în considerare gradul de afectare al funcției unui organ printr-o leziune și în raport de profesiunea subiectului, dar în interiorul aceluiași criteriu care se referă la durata îngrijirilor medicale. În spiritul legii, orice persoană are dreptul absolut la integritate corporală (de a respecta și a i se respecta acest drept), indiferent de vîrstă, sex, convingeri, profesiune etc. În cadrul criteriilor legale pe care le manipulează, medicul nu va neglija însă aprecierea rezultînd din modul de afectare al capacității de muncă generale și profesionale printr-o vătămare oarecare.

În sensul strict al legii, timpul de îngrijire medicală nu se va confunda deci cu:

— durata timpului de vindecare, ce poate fi mai scurtă sau mai lungă decît timpul de îngrijire medicală (exemplu echimoze sau alte vătămări ce nu necesită tratament);

— durata timpului de spitalizare care, de asemenea, poate fi mai scurtă sau mai lungă decît durata îngrijirilor medicale (exemplu spitalizarea pentru observarea evoluției unei comoții cerebrale, a stadiului de vindecare al unei fracturi, a realității obiective și explorării unei nevroze posttraumatice etc.);

— incapacitatea de muncă ce, de regulă, depășește durata îngrijirilor medicale și care se include în aprecierea civilă ce decurge din vătămare și nicidecum nu intră în calificarea penală a faptei prin timpul de îngrijire medicală.

Respectarea științifică a aprecierilor medico-legale ce rezultă din acest spirit al legii nu se poate face fără aplicarea cîtorva reguli metodologice de lucru în domeniu.

Mai întîi, medicul este obligat să respecte cu strictețe regulile psihologice și deontologice privind examinarea acestor bolnavi, precum și cunoașterea semiologiei medico-legale în cercetarea și descrierea unor atare leziuni. Astfel, medicul va trebui să distingă, în mod științific, o echimoză traumatică de alta patologică, o fractură prin lovire de alta prin cădere sau patologică, un avort posttraumatic de altul spontan etc.

S-a spus că medicul nu trebuie să adopte vreo conduită diferită, sub aspect etico-psihologic, față de acești bolnavi, victime ale agresiunilor, atitudine în contrast cu conduita tehnic — deontologică generală față de bolnavi. Indiferent de caracterul vindicativ al unor afirmații din partea bolnavilor traumatizați (susțineri care trebuie înțelese sub aspect psihologic), medicul se va comporta de așa manieră încît să facă bolnavul să înțeleagă și să accepte concluziile sale, ca fiind cele prevăzute de obiectivitatea științifică și valabile pentru toată lumea, concluzii care nu constituie un act de acuzare sau apărare ci, dimpotrivă, o simplă constatare științifică absolut necesară juristului în scopul stabilirii adevărului, cu respectarea și recunoașterea unui drept la suferință al victimei. Este categoric interzis ca medicul să aducă acuze sau să facă comentarii pe marginea stării conflictuale avute de părți, altele în afară de cele care sînt strict necesare înțelegerii etiologice și patogenice a faptelor medicale. În aceeași atitudine intră și obligativitatea medicului de a se comporta față de acești bolnavi ca față de orice suferință medicală ce implică grijă și prudență deosebită. Este o greșeală evidentă aceea de a nu trata sau de a nu da un prim ajutor bolnavului sub pretextul necesității de a se elibera în primul rînd un certificat medico-legal. Dimpotrivă, medicul trebuie să facă o descriere minuțioasă a leziunilor inițiale (în vederea eliberării actului medico-legal), dar să procedeze concomitent la tratarea corectă a bolnavului. Riscurile unor astfel de neglijențe pot fi mari, ca atunci cînd s-ar purta pe drum un bolnav traumatizat cranio-cererbal, dar care riscă constituirea unui hematom meningeal, sau ca atunci cînd nu s-ar trata la timp o plagă ce riscă complicații infecțioase grave.

Este necesar apoi ca, în scopul diagnosticului științific medico-legal, după examenul clinic amănunțit (prin care medicul e obligat a inspecta, palpa, măsura, mobiliza), să procedeze la toate investigațiile impuse de caz. El nu se va transforma într-un dispecer, cu sarcina de a împărți bilete de trimitere și a tria bolnavii pentru alte cabinete și instituții medicale ci, dimpotrivă, după efectuarea examenelor clinice corecte și după consemnarea lor, va îndruma bolnavul spre serviciile care-i vor efectua explorările cerute în vederea concluziilor definitive necesare elaborării actului medical. Este o mare greșeală aceea de a nu face astfel de explorări, mai ales atunci cînd sub un traumatism aparent banal s-ar putea ascunde o fractură craniană, o fractură a oaselor nasului, a coastelor sau a oaselor lungi, un epanșament în cavitățile seroase etc. Pentru interesele bolnavului și în subsidiar pentru acoperirea medicului

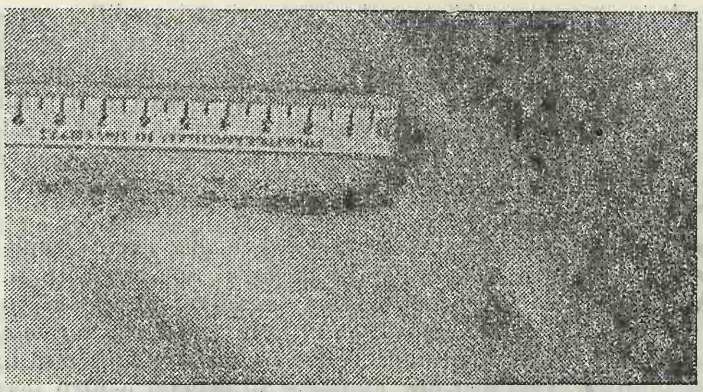


Fig. 260. Excoriație marker produsă cu marginea hîrletului.

de orice responsabilitate, este mai bine ca o explorare să se facă inutil decît să se omită.

Odată certificatul medico-legal eliberat, medicul are obligația urmăririi în timp a bolnavului, în scopul de a surprinde orice moment nefavorabil în evoluția leziunilor. În acest sens, bolnavului trebuie să i se dea indicații precise privind revenirea la control, evoluție ce trebuie să se reflecte și în concluziile actului medico-legal.

Medicul va condensa constatările sale într-un certificat medico-legal în care va lua în considerație antecedentele personale și cele legate de conflict, constatările sale clinice (descrierea minuțioasă a leziunilor după semiologia medico-legală), rezultatul explorărilor complementare precum și recomandările făcute bolnavului. Concluziile unui astfel de act vor fi bazate numai pe fapte obiectiv constatate și nu pe îndoieli sau fapte incerte care, deși se vor afirma, nu vor trebui să stea la baza unor concluzii certe. Faptele ce motivează concluziile medicale se vor culege direct de către medic din examinarea bolnavului sau indirect, din documentele medicale ce trebuie să îndeplinească aceleași cerințe de obiectivitate și legalitate (fig. 260, 261, 262). De exemplu,

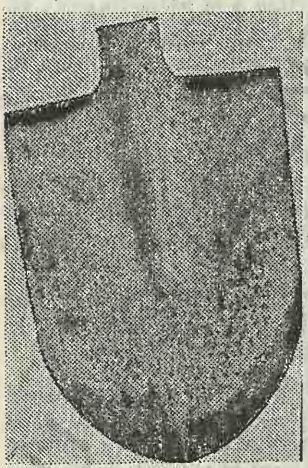


Fig. 261. Hîrletul responsabil de excoriația din figura precedentă.

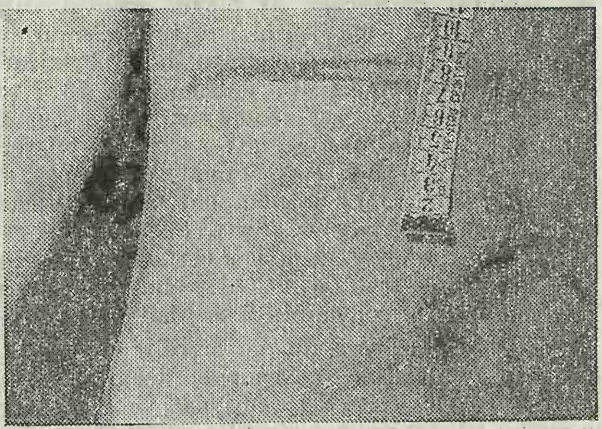


Fig. 262. Echimoze produse cu o curea de ventilator.

medicul trebuie să trateze chirurgical o plagă și să-i modifice aspectul patologic numai după ce a descris-o minuțios în foaia de observație, conform semiologiei medico-legale, descriere ce va putea sta la baza unor concluzii medico-legale privind agentul etiologic, mecanismul de producere al plăgii etc. oricînd și la orice solicitare. Orice inadvertențe în consemnarea acestor leziuni care ar compromite concluziile medico-legale cad în sarcina celui care nu întocmește corect documentele medicale în scop medico-legal și la care este obligat prin lege.

Medicul va avea în vedere că certificatul medico-legal trebuie să fie un certificat inițial (pentru a permite declanșarea unei anchete și proceduri judiciare), un certificat de urmărire (de completare ulterioară cu aspectele rezultate din evoluția leziunilor) și în sfîrșit un certificat final de consolidare (de epuizare a îngrijirilor medicale). În acest scop, în certificatul inițial se va include un timp ideal de îngrijire, cunoscut în general pentru fiecare tip de vătămare iar în certificatul de urmărire și cel de consolidare se va include timpul real de vindecare rezultat din evoluția în timp a leziunii și tratamentului efectuat.

Problemele medico-legale pe care le va include un astfel de certificat se referă, în mod obligatoriu, la:

— Diagnosticul pozitiv de leziune ce implică o cercetare clinică și instrumentală amănunțită, care nu exceptează de la regulile medicale generale în domeniu. În plus, medicul legist va avea grijă să diferențieze leziunile de violență de cele patologice (mai frecvent, leziunile patologice sînt puse pe seama unor leziuni de violență) precum și leziunile recente de cele vechi (deseori, leziuni recente sînt puse pe seama unor traumatisme vechi sau invers, ca de exemplu în sindromul Silverman, cînd „copilul maltratat" prezintă plăgi și fracturi de vechime diferită care obligă la o diferențiere a producerii lor în timp). Neglijarea unor aspecte medico-legale specifice diagnosticului pozitiv și diferențial al leziunilor traumatice poate fi încărcată în consecințe, ca de exemplu confundarea fracturilor craniene cu șanțurile vasculare, a fracturilor prin rahitism cu cele traumatice etc.

— După afirmarea diagnosticului pozitiv de leziune corporală, medicul va conchide, în cadrul celei de a doua probleme, asupra etiologiei și mecanismului leziunilor. Astfel, va preciza cu certitudine sau probabilitate, în raport de aspectul morfologic al plăgii, agentul vulnerant incriminat (mecanic, fizic, chimic, biologic, psihic) și mecanismul producerii leziunilor (călcare, lovire, cădere, mecanisme mixte etc.). Precizarea etiopatogeniei leziunilor este de mare importanță judiciară, în care scop medicul trebuie să coreleze interpretarea aspectului concret al leziunilor cu datele de patologie medicală generală. Astfel, într-o fractură bilaterală de diafiză femurală, la același nivel, în afara altor leziuni de violență, s-a conchis la producerea lor prin călcare cu roata unui anumit tip de vehicul cum ar fi o căruță. În alt caz, într-un traumatism epigastric care se știe că nu lasă urme pe abdomen, s-a conchis la relația cauzală cu perforarea unui ulcer și cu hepatită posttransfuzională după tratamentul ulcerului, pe baza realității traumatismului în antecedente și a continuității în filiația simptomelor.

— Aprecierea timpului de îngrijire medicală constituie cheia de boltă a expertizei vătămărilor corporale, deoarece de aceasta depinde calificarea juridică a faptei. Cum s-a menționat, timpul de îngrijiri medicale se va aprecia în modul cel mai riguros științific, în care scop sînt de ajutor și unele baremuri oficiale sau medicale. Dar, aceste baremuri au o valoare indicativă, fiecare caz avînd evoluția sa proprie. Mai mult, medicul va fi obligat a face observații

pendinte cu privire la prelungirea timpului de îngrijiri medicale cu concursul victimei sau prin tratamentul medical inadecvat. Deseori, victima se prezintă tardiv la medic, fapt ce prelungește durata îngrijirilor, după cum erorile de diagnostic pot antrena, pe de altă parte, erori de tratament ce să se reflecte neștiințific și incorect în durata timpului de îngrijiri medicale. În vederea justei calificări a faptei prin aprecierea culpelor implicate, medicul va face referiri obligatorii asupra acestor situații. Orice eroare de conduită medicală ce frizează pregătirea, prudența, interesul și grija medicului, poate fi imputată acestuia, într-un litigiu în care părțile își dispută cu vigoare vinovăția lor reală. În raport de punctul de vedere științific asupra cauzalității medico-legale, juristul va pune în sarcina agresorului toate consecințele nedorite ale unei acțiuni inițiale sau poate disjunge responsabilitățile pentru a le imputa veridic factorilor implicați.

— Odată timpul de îngrijiri medicale precizat, medicul are datoria de a aprecia durata timpului de incapacitate de muncă consecutivă vătămării. Incapacitatea de muncă are importanță în aprecierea consecințelor civile a faptului penal *(damnum emergens, damnum cesans)* și poate fi totală sau parțială, pe toată durata îngrijirilor medicale sau pe o anumită perioadă după aceea. În aprecierea acestei incapacități de muncă, baremurile menționate sînt de ajutor. Alteori, incapacitățile de muncă pot fi concomitente sau succesive altor violențe corporale sau stări patologice, fapt ce obligă la disjungerea lor și în care scop ne ajută o serie de formule de calcul.

— În raport de situație, se va da răspuns la toate problemele medico-legale pe care le ridică un caz (infirmitate, boală traumatică, punerea în primejdie a vieții etc.). De exemplu, o problemă mult discutată în literatura de specialitate se referă la prejudiciul estetic extrapatrimonial, care rezultă dintr-o suferință morală ce produce o disgrație estetică sau o diminuare a atracției fizice și este o consecință a unei vătămări corporale. Deși mulți autori nu admit evaluarea acestui prejudiciu, deoarece suferința morală nu se poate evalua, alții, dimpotrivă, consideră că evaluarea acestui prejudiciu face parte din calitatea vieții deoarece condiționează reușita sau nereușita unei reinserții sociale precum și alte consecințe morale, fapte ce obligă la o astfel de evaluare. Deci, persoana vătămată, valoare uman-culturală și economică, în ansamblu, ar avea dreptul la o astfel de evaluare. Un prejudiciu estetic poate fi nesemnificativ sau considerabil, dar totdeauna va fi o problemă de speță ce obligă la cercetarea elementelor sale externe (sediu, întindere, evoluție a leziunii, tratament efectuat etc.) și interne (stare anterioară, vîrstă, stare psihică etc.). Se estimează că prejudiciile estetice pot fi puțin importante (ca durerea, de exemplu, ce nu necesită tratament), importante (cînd necesită analgezice) și foarte importante (cînd necesită morfină). Datorită riscurilor inerente oricărei intervenții chirurgicale, corectarea chirurgicală a unui prejudiciu estetic nu poate fi impusă victimei (fig. 263, 264). Deși prejudiciile estetice se referă la orice modificare corporală, cîteva aprecieri medico-legale despre leziunile feței sînt deosebit de utile. Azi ele sînt reunite sub denumirea de sindromul parbrizului. Gonzales a vorbit de trei unități estetice: cu piele groasă (menton), cu piele medie (buze, nas, frunte) și cu piele fină, în rest, în raport de care și cicatricele vor fi diferite. Cele mai dizgrațioase vor fi în zona labio-mentonieră și la pometi, unde sînt liniile de maximă tensiune cutanată (pliuri, șanțuri, riduri), mai ales pentru leziunile perpendiculare pe aceste pliuri. Prejudiciul estetic se apreciază după coeficientul de desfigurare Hodin ce include cicatricea gradul I (ideală), gradul II (întinsă), gradul III (hipertofică), gradul IV (retractilă), gradul V (calorică), gradul VI (cheloidă) și gradul VII (cu distrugerea țesuturilor pînă la os).

Fig. 263. Prejudiciu estetic.

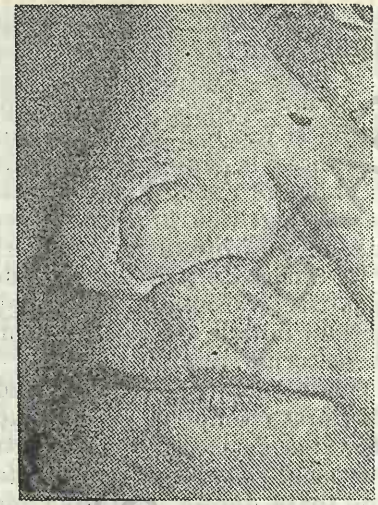


Fig. 264. Prejudiciu estetic.

Situațiile clinice ce se includ în categoria vătămărilor corporale sînt extrem de numeroase și, alături de prejudiciile aduse sănătății, ele ating întotdeauna onoarea și demnitatea persoanelor (de exemplu, sechestrarea de persoane sau calomnia asociată cu violențe corporale, acuzele de imoralitate etc.). Ar fi greu, sub aspect didactic, de a inventaria și trece în revistă toate leziunile corporale ce se includ în lovirea simplă, vătămare și vătămarea gravă. De aceea, ne vom limita a prezenta cîteva situații mai particulare ce ridică dificultăți de apreciere medico-legală.

Comoția cerebrală este un sindrom reversibil caracterizat printr-o pierdere de scurtă durată a cunoștinței cu revenire totală, pierdere consecutivă unui traumatism cranio-cerebral. Ori de cîte ori nu se asociază cu alte leziuni care să impună îngrijiri medicale pe o durată oarecare, presupusa comoție nu necesită îngrijiri medicale, chiar dacă persoana este ținută în observație. În cazul unui tratament profilactic, dictat de riscul apariției unei complicații secundare (exemplu epilepsie, sindrom postcomoțional etc.), timpul de îngrijire va decurge din durata tratamentului comoției ca atare și nu din durata tratamentului de prevenire a complicațiilor. În caz de complicații, timpul de vindecare decurge din tratarea acestor complicații la care se vor adăuga infirmitățile sau incapacitățile civile ce necesită o apreciere adecvată.

Sindroamele postcomoționale includ tulburări somatice (cefalee, vertije, insomnii, astenie), afectiv caracteriale sau intelective (mnezice). Ele sînt considerate mai mult o lezare a personalității subiectului.

Sindromul subiectiv al traumatizaților cranieni este frecvent acuzat după traumatisme cranio-cerebrale. Deși, în general, explorările obiective nu confirmă totdeauna acuzele subiective, persoana invocă o serie întreagă de simptome (astenie neurofizică, tulburări de memorie, de somn, impotență sexuală, incapacitate de a se bucura de viață prin dificultăți în relaxarea specific umană, în vizionarea unor filme etc.) care duc uneori la o adevărată sinistroză, cînd subiectul se consideră infirm datorită unor atare suferințe și solicită o indemnizație corespunzătoare (de unde și numele de nevroză de rentă). Rolul constituției psihice prealabile este major în constituirea acestei vindicațiuni patologice care pune subiectul în situația a nu se vindeca atît timp cît nu a fost

indemnizat și agresorul pedepsit (de aici și termenul de sinistroză). Aprecierea timpului de îngrijiri medicale depinde de tratamentul inițial al traumatismului precum și de obiectivarea suferințelor cerebrale ce impun tratarea lor. Deși s-a mers pînă la imputabilitatea gestului de suicid în atare împrejurări, este tot atît de adevărat că soluționarea judiciară a conflictului, sprijinit de concluziile medico-legale, aduce dispariția tuturor acuzelor subiective. De asemenea, sindromul este considerat o lezare a personalității subiectului (o personalitate în negativ). Este sindromul celor 4 A (abulie, apatie, ataraxie și astenie), cu pierderea aptitudinii minime de adaptare la viață (lipsa interesului, ambiției), cu tulburări ale prizei de conștiință ce modifică traiectoria existențială a persoanei.

Sindromul șeii turcești vide („empty selle syndrome") se produce prin țesut conjunctiv arahnoidian.

Hidrocefalia pasivă apare la cei ce au stat în comă peste 8 zile, datorită organizării conjunctive a hemoragiilor subarahnoidiene (cisternelor de la bază).

Epilepsia posttraumatică implică drept criterii: lipsa epilepsiei în antecedente, lipsa unei leziuni epileptogene de ordin general, o anumită intensitate a traumatismului (apreciată după durata alterării conștiinței), existența fracturii, semnele neurologice, a sîngelui în LCR, a traseului EEG.

Nevroza posttraumatică se asociază cu anxietate, depresie, ipohondrie, regresiuni infantile, stări pitiatice, vindicațiuni. Cerebrastenia posttraumatică („brain damage syndrome") implică tulburări de echilibru, dizartrie, mișcări extrapiramidale, deficit mnezic. Cît timp procesele reparatorii nu sînt terminate, EEG va apărea modificată (microglia fagocitează sîngele din microhemoragii, ce se transformă în cicatrice gliale).

Porencefalia e o atrofie cavitară posttraumatică cu semne de atrofie corticală (dilatarea șanțurilor corticale peste 4 mm).

În toate aceste sechele posttraumatice craniocerebrale, problema esențială este aceea a lui *onus trauma*, fapt ce obligă la eliminarea coincidenței traumatismului cu ateroscleroza, alcoolismul etc., sau la agravarea unei stări premorbide de către traumatism.

Fractura unor dinți implică un timp de vindecare dependent de durata consolidării alveolei dentare și de durata protezării. Acest timp trebuie să fie apreciat în mod adecvat, în raport de starea reală a danturii victimei.

Fracturile vertebrale implică arcurile (ca în loviri) sau corpul (ca în căderi).

Leziunile oaselor malare ca și fracturile de mandibulă pot fi directe (la punctul de impact), indirecte (de simfiză). Leziunile de ram ascendent sînt mai rare prin șoc direct, datorită protejării sale de către mușchi ca și cele de condil (la lovirea maxilarului cu gura deschisă). Fracturile de unghi maxilar pot fi directe sau indirecte (lovirea mentonului). Majoritatea fracturilor sînt pe ramul ascendent stîng, datorită frecvenței dreptacilor în populație.

Fracturile nasului produc trei tipuri de deformări: nas deviat, nas înfundat în șa și nas cu telescoparea cartilajelor, iar calusul se face după 30 zile.

Traumatismele timpanului pot fi directe (prin corpi străini) sau indirecte (efect de blast ca în fotbal, suflu etc. cu scotom auditiv).

Otolicvoreea (fistula LCR) produce complicații de tipul meningitei și hipotensiunii intracraniene.

Vertijele posttraumatice sînt consecința fracturilor de stîncă fără comoție și apar în zguduiri ale conținutului urechii (comoție labirintică), după „whiplash", biotraumă (plonjoane), leziuni cerebrale.

Criteriologia lui *onus trauma* în toate aceste situații implică realitatea, natura și aptitudinea traumatismului de a leza, natura afecțiunii produse, concordanța de sediu (nu totdeauna obligatorie), continuitatea de simptome,

intervalul de timp, eliminarea coincidențelor, excluderea unei cauze străine traumatismului. În raport de aceste criterii, imputabilitatea poate fi totală, parțială sau nulă.

Leziunile laringelui se produc după intubații (ulcerații și stenoze ale corzilor vocale) ce depășesc 24 ore, prin ghidon de bicicletă, loviri de volan, parbriz. Centura de siguranță poate produce și o strangulare accidentală. Lovirea laringelui cu gîtul în hipertensie îl strivește între bord și rahis. În caz de plăgi, cuțitele lunecă pe cartilaje și lezează mai ales țesuturile moi. Plăgile deschise dau inundații traheale, emfizem cervical și mediastinal, iar cele închise dau edem și hematoame ale corzilor vocale. Sternocleidomastoidienii sînt un ecran de protecție pentru vase, mai frecvent fiind interesată carotida primitivă prin traiectul ei cel mai lung.

Hematoamele cervicale dau insuficiențe respiratorii prin compresiune. La tineri, fracturile laringelui (cartilaje neosificate) sînt paramediane în impacte anterioare, iar la bătrîni sînt cominutive. Un șoc laringian poate produce reflexe sincopale (comoție laringiană). Emfizemul cervical extins prin tuse la mediastin poate comprima vasele și duce la moarte. Emfizemul cervical și facial dă o fizionomie de Buda.

Rupturile traheii dau emfizem gigant (efracția unui organ a cărui cavitate comunică cu exteriorul și care se deschide în țesuturi), pneumotorax etc.

Leziunile esofagului se produc prin endoscopie, cale falsă în intubații traheale, arme albe, gloanțe. Cele spontane sînt descrise în vărsături, defecație, nașteri prin creșterea presiunii intraabdominale, mai precis intragastrice, ce se propagă brutal la esofag. Se mai produc prin deglutiția de corpi străini (proteze, oase), prin caustice (bazele dizolvă albuminele și saponifică grăsimile producînd necroze de lichefiere ce pătrund în profunzime iar acizii coagulează proteinele și dau leziuni superficiale). Nu rareori aceste coroziuni continuă postmortem. Arsurile de gradul I se limitează la mucoasă, cele de gradul II se întind la musculoasă și dau stenoze iar cele de gradul III cuprind tot peretele.

Un traumatism splenic ce impune splenectomia, ca și multe alte traumatisme, obligă la adoptarea următoarelor modalități de raționament medico-legal: ablația splinei necesită un timp de îngrijire determinat de tratamentul chirurgical, dar splina, fiind un organ cu un anumit rol în economia organismului (rol în diabeză, în reacțiile imunologice sau în creșterea rezistenței la efort prin acel hormon denumit hipoxilienină ce are aptitudinea de a crește rezistența miocardului la lipsa de oxigen), va determina la concluzii ce privesc pierderea de organ și incapacitatea de muncă consecutivă. Astfel, în raport de urmărirea tabloului hematologic (evoluția reticulocitelor), a titrului serotoninei, în raport de vîrstă etc., incapacitatea de muncă poate fi totală în prima lună, de 50—60% în următoarele 2—3 luni, de 20—30% pînă la 6 luni, după care funcțiile splinei sînt compensate în totalitate prin hiperplazia ganglionilor limfatici și TRE hepatic. Un astfel de bolnav riscă însă a nu depăși o insuficiență respiratorie acută prin lipsa splenocontracției asfixice și eliberarea de hematii pentru a compensa anoxia. Trombocitoza și hipercoagulabilitatea post-splenectomie explică agravarea riscului de ischemie miocardică.

Sindromul copilului bătut face copilul apatic, neîncrezător, cu eschimoze corporale de vîrste diferite, fracturi de vîrste diferite și vicios consolidate, asociate patognomonic cu hematoame subdurale, cu deficit mintal ulterior, părinți egocentrici cu copilărie traumatizată la rîndul lor. Diagnosticul diferențial cu traumatismele prin joacă se bazează pe prezentarea tardivă la medic, explicațiile contradictorii și diferite ale celor doi părinți, identificarea mușcăturilor cu dentiția lor etc. Copilul bătut devine un simbol pentru relația

afectivă a părinților și un simptom pentru tulburările lor de comportament. „The battered women" evoluează în trei faze: de constituire a tensiunii, de conflict acut și de remușcare și amabilitate.

Unele traumatisme pot *agrava stări morbide* preexistente, cînd durata tratamentului depinde de durata tratării afecțiunii agravate (perforarea unui ulcer după un traumatism, ruperea unei spline patologice sau producerea unui infarct de miocard, încarcerarea unei hernii, redeșteptarea unei tuberculoze, agravarea unei boli Basedow, agravarea unei boli psihice etc.). Alături de timpul medical de îngrijire, este necesar de a aprecia și relația cauzală cu boala agravată, cînd timpul de tratament impus de agravare se va pune pe seama traumatismului inițial. În acest scop, se vor întruni criteriile medico-legale îndeobște cunoscute, și anume realitatea traumatismului (din anamneză sau din aspectul lezional), intensitatea sa, filiația (puntea) de simptome, starea patologică prealabilă și aprecierea obiectivă a agravării.

Prin *boli traumatice* se înțeleg afecțiunile create prin diferite traumatisme, situații care se deosebesc de agravarea unor boli prin traumatisme, tocmai prin inexistența bolii înaintea traumatismului. Boala traumatică este deci o boală *ex novo*, pusă exclusiv pe seama traumatismului și conturînd tabloul nosologic al unei afecțiuni cunoscute în patologie. Cele mai frecvente situații medico-legale ce duc la constituirea unor boli traumatice sînt:

— tuberculoza posttraumatică se impune mai frecvent ca o tuberculoză de redeșteptare a unui focar vechi decît ca o tuberculoză de primă inoculare. Mai rar un traumatism poate determina o diseminare de tipul granuliei sau o localizare secundară a germenului la nivelul regiunii traumatizate. Faptul este valabil atît pentru tuberculoza pulmonară cît și pentru cea osteo-articulară;

— pneumonia posttraumatică este de asemenea acuzată consecutiv diferitelor traumatisme toracice și poate întruni tabloul clinic și radiologic tipic al unei pneumonii, mai ales la bătrîni;

— anuria posttraumatică este o realitate întîlnită în agresiunile corporale cu echimoze multiple și/sau leziuni vasculare, putînd evolua spre insuficiență renală cronică;

— hernia posttraumatică se întîlnește, mai frecvent, ca o pierdere de domiciliu a unei hernii preexistente sau ca o încarcerare și mai rar sub forma creării *ex novo* a unei hernii posttraumatice;

— cancerul posttraumatic este amplu discutat dar, mai frecvent, traumatismul evidențiază un cancer care pînă atunci evolua latent, determină o evoluție malignă a unei leziuni benigne sau alteori produce o generalizare (metastazare) a unui neoplasm cunoscut. La unele neoplasme pur posttraumatice, intervalul de apariție a simptomelor după traumatism a urcat pînă la 1—2 ani de zile. Dar traumatismul este mai degrabă un epifenomen în evoluția cancerului decît un agent cauzal inițial;

— basedow-ul posttraumatic este o realitate mai frecvent întîlnită după traumatismele psihice (emoții puternice). Mai adesea un basedow poate fi agravat de un astfel de traumatism;

— diabetul zaharat posttraumatic se întîlnește mai ales după traumatisme abdominale (pancreatice) la care, pentru a fi acuzate ca generatoare exclusive ale bolii, este necesar să se excludă existența oricăror hiperglicemii și hiperglicozurii, chiar tranzitorii, înaintea traumatismului;

— diabetul insipid posttraumatic se întîlnește după traumatisme craniocerebrale cu răsunet diencefalic și în lipsa oricăror simptome de boală prealabilă;

— după traumatisme oculare se pot constitui glaucoame posttraumatice, așa cum, după diferite traumatisme cranio-cerebrale se poate instala o boală epileptică posttraumatică, o demență posttraumatică sau chiar o schizofrenie posttraumatică. În epilepsia posttraumatică, intervalul liber dintre traumatism și primele crize poate urca pînă la 10—15 ani iar înainte de traumatism va trebui confirmată obiectiv lipsa epilepsiei (prin trasee EEG negative, chiar prin activare);

— multiple alte stări patologice au fost puse pe seama traumatismelor printre care plasmocitoamele, bolile hipofizei, afecțiunile osoase etc. În toate aceste împrejurări, pentru a reține și imputa traumatismului boala constituită, criteriologia medico-legală obligă la întrunirea următoarelor condiții: inexistența bolii înainte de traumatism trebuie să fie probată obiectiv prin lipsa spitalizărilor, prin rezultatul negativ al explorărilor etc.; traumatismul trebuie să fie real și să aibă aptitudinea de a genera tulburările specifice unei boli oarecare. Traumatismul va avea și o concordanță de sediu cu organul afectat, iar filiația de simptome se va aprecia de la caz la caz, deoarece în anumite boli simptomele trebuie să apară imediat, după cum în alte boli ele pot apărea după un interval mai mare de timp.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITARĂ

SIMULAREA

Simularea constă în substituirea unui fenomen real și complex cu un alt fenomen artificial și de regulă mai simplu, în scopul de a duce conștient în eroare și a obține un avantaj oarecare (are un mobil). Din această definiție, oarecum cibernetică, rezultă că tabloul de boală simulat nu poate reproduce niciodată complexitatea unui tablou de boală real. Prin simulare subiectul acuză deci existența unor tulburări, care de fapt sînt imaginare, în scopul de a duce în mod conștient în eroare și de a cîștiga ceva din situația de boală artificial creată. Cum această dorință tinde în mod progresiv a intra apoi în personalitatea subiectului, prin inadaptarea la mediu pe care o determină, simularea este considerată ca o formă de comportament deviant. Ca falsă extroversiune a unor bolnavi de rea credință, simularea, act conștient, se va deosebi de așa-numita patomimie întîlnită în majoritatea îmbolnăvirilor și care exprimă reactia psihică firească de angoasă și teamă în fața îmbolnăvirii. Departe de a fi o simulare inconștientă, patomimia are însă un substrat ce rezidă în exagerarea trăirilor și simptomelor prin frică și în raport direct de personalitatea și rezistența subiectului la boală. Exagerarea simptomelor de boală apare și ca un mijloc pentru bolnav de a se face înțeles, astfel încît, în fiecare simptom va fi puțină psihogenie ca efect al reactivității proprii. Se știe că fiecare bolnav are propriile sale reacții față de boală dar, ori de cîte ori exagerarea se face inconștient și fără vreun scop oarecare, ea face parte din tabloul și simptomele firești ale bolii. În condițiile în care din boală se tinde a se obține niște avantaje sociale (concedii medicale, pensionări, condiții de muncă aparte etc.) medicul va trebui să delimiteze științific tendința de exagerare conștientă a bolii față de cea inconștientă. Bolnavul de bună credință nu va utiliza niciodată trăirile sale psihice într-un scop vindicativ propriu. Bolnavul de rea credință va disimula însă totdeauna interesele sale subjacente și va invoca, chiar și tardiv, aceste false acuze subiective.

Simularea trebuie deci deosebită de disimulare (înclinație firească a celui ce comite o greșeală), care devine astfel o falsă introversiune și care, de asemenea, poate fi conștientă (în scopul de a duce, mai devreme sau mai tîrziu, în eroare), de circumstanță (ori de cîte ori ascunde trăirile sale datorită condițiilor de examen medical, dificultăților realizării contactului cu medicul, pudorii nejustificate) sau patologică (simptom de boală ca în melancolie, schizofrenie etc.).

Există mai multe clasificări ale simulării: creatoare, fixatoare, simulare-perversiune și simularea-perseverare (metasimularea).

Ceccaldi admite o simulare prin leziuni (iritare a pielii, inocularea de produse septice, răniri, arsuri, mutilări etc., mai frecvent „pielea fiind ținta iar unghiile mijlocul"), simularea prin trucaje (de producere a unor leziuni organice ca albuminuria, hematuria, melena prin săruri de Fe, Bi, trucarea sau retușarea unei radiografii etc.), simularea prin mimică (imitarea) ca simularea durerii, redorii, paraliziei, nebuniei etc., simularea unor afecțiuni și simularea-exagerare ori perseverare ce merge pînă la sinistroză (delir de revendicare).

Simularea medico-legală include deci următoarele forme:

— automutilarea ca o formă de simulare, ce constă în producerea conștientă a unor vătămări în scopul de a obține un avantaj oarecare. Astfel, pentru a fi exonerat de diferite obligații civile sau de stat, pentru a acuza o

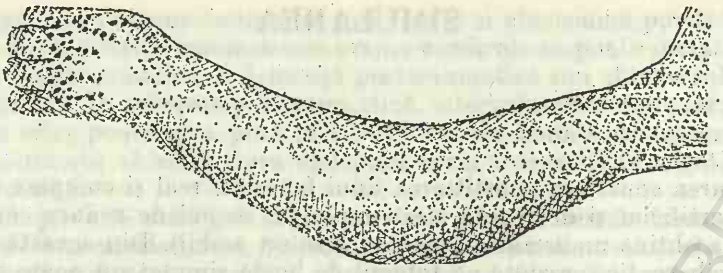


Fig. 265. Edem simulat.

terță persoană etc. un subiect își poate produce vătămări corporale de tipul plăgilor tăiate, plăgilor împușcate, violențelor sexuale, amputării organelor genitale. Smulgerea părului, onicofagia etc. sînt un fel de echivalențe ale simulării;

— simularea tulburărilor morbide se referă la crearea unor „boli" pentru a duce în eroare și a obține un avantaj. Astfel, se simulează icterul cu acid picric sau prin consum de morcov, febra prin injectarea unor vaccinuri, hematuria prin introducerea sîngelui în urina recoltată, edemul prin ligatura unui membru (fig. 265), infiltratul tbc pulmonar prin frecarea tegumentelor subclaviculare cu bismut, ulcerul gastric prin înghițirea unui ghem de hîrtie legat cu o ață de un dinte și care produce nișe la examenul radioscopic, paralizia prin inactivitate etc. Mijloacele de simulare a diferitelor stări patologice scapă sistematizării și ele pot fi mai frecvente sau mai rare, în raport de cunoștințele subiectului și posibilitățile pe care le are la îndemînă. Va exista tendința facilă la simularea surzeniei, durerii, tulburărilor de vedere etc., care nu necesită pentru subiect mijloace deosebite pentru a le produce, ci simple acuze subiective, și se vor simula cu greutate icterul sau anemia care necesită cunoștințe, acceptarea riscurilor etc. Sînt cunoscute mai des simulările anemiilor cronice (sindromul Lasténie de Fergeol), anemiilor hemolitice (prin extragerea sîngelui, hemoliza lui cu apă distilată și reinjectare), edemului albastru de constricție, sarcinii și violului pentru șantaj (intimidarea unui amic, întîrzierea executării unei pedepse sau pur și simplu pentru a juca un rol, așa cum se întîmplă la psihopați). Procedeele merg de la „exagerarea lordozei la vata cu sînge". Disimularea sarcinii se face pentru pregătirea unui avort. Simularea de bună credință a sarcinii se poate întîlni în tumori abdominale, peritonite cronice etc.;

— simularea-exagerare este situația cea mai frecvent întîlnită în practică, prin care un subiect, ce a avut în mod real o suferință organică, o exagerează în scopul de a obține anumite avantaje. Se vor exagera cu mare ușurință redorile, parezele, durerea, tulburările de auz, alterarea stării generale, diferitele „crize" etc.;

— simularea-perseverare este de fapt o metasimulare, ce se întîlnește atunci cînd un subiect care a avut o suferință reală, după vindecarea sa certă, continuă să acuze tulburări, în scopul unor revendicări materiale sau morale. Deși un astfel de subiect, prin vindecare, „nu mai are dreptul" la o suferință oarecare, el continuă acuzele sale anterioare pe care explorările obiective nu le confirmă.

Ca reguli metodologice de examinare, simularea obligă de la început la o conduită deontologică adecvată, deoarece niciodată medicul nu are dreptul de a considera pe cineva simulant *a priori*, înainte de a-l crede bolnav. De aceea, chiar dacă de la primul contact cu bolnavul, medicul bănuiește o simu-

lare, se va abține de la orice afirmație ce poate fi ireală sau chiar jignitoare. Datoria medicului este de a privi interlocutorul ca bolnav și, dacă pe parcursul activității sale, boala nu se confirmă, de abia atunci își va afirma rezervele. Cînd se spune că simularea se demonstrează și nu se afirmă, ne referim tocmai la această modalitate de lucru. În al doilea rînd, în discuția cu bolnavul și examinarea sa, medicul trebuie să aibă permanent grijă de a nu insufla un sindrom oarecare la care bolnavul ar adera cu ușurință, chiar dacă prin însuși acest fapt și-ar developa intenția de simulare. Dimpotrivă, medicul va fi atent la afirmațiile incomplete, chiar ostentative, precum și la răspunsurile paradoxale ale subiectului care vor trăda în mod discordant cu o suferință reală de boală. Orice semn trebuie criticat, orice anomalie discutată, orice interpretare măsurată. Diagnosticul clinic devine dificil pentru că bolnavul nu cooperează cu sinceritate ca în boală. Este necesar apoi ca medicul, în raport de caz, să efectueze observația prelungită a subiectului pentru a se convinge indubitabil de evoluția „bolii sale". Va recurge apoi la toate examenele complementare impuse de anamneză ca și de examenul clinic și, numai dacă aceste explorări îi dau dreptul să afirme o simulare, va putea recurge, de această dată, la confirmarea simulării prin probele de sinceritate. Cu alte cuvinte, diagnosticul de simulare comportă două etape, și anume: o etapă a infirmării bolii acuzate, care se face respectînd „dreptul bolnavului la suferință" și o etapă a confirmării simulării prin recurgerea la probe de *bona fides*. Aceste probe sînt specifice fiecărei boli simulate și la ele se va recurge gradat, în raport de importanța și aptitudinea lor de a confirma o simulare. De exemplu, durerea simulată se poate confirma în mod progresiv prin lipsa reacțiilor vegetative la palparea regiunii pretins dureroase, la palparea cu stetoscopul a regiunii sub pretextul ascultației, la distragerea atenției și chiar la proba terapeutică de injectare a unui anestezic în regiunea dureroasă, după care, palparea va determina bolnavul să acuze aceleași dureri, la care, evident nu mai are dreptul. Prin probe de sinceritate se poate confirma simularea surdității, cecității, redorilor articulare, paraliziilor, tulburărilor de gust și miros etc. Menționăm încă odată că aceste probe sînt de ultimă etapă diagnostică și ele trebuie să se aplice în aceleași condiții deontologice, fără a da dreptul, chiar în cazul confirmării simulării, la vreo acuzație din partea medicului. În același timp, ele trebuie să se aplice numai cu indicație medicală și numai la cererea organelor judiciare. Unele exemple de recurgere, *ab initio*, la atare probe sub suspiciunea de simulare și înainte de confirmarea sau infirmarea acuzelor bolnavului, cazuri urmate de accidente grave, constituie un îndemn la utilizarea lor cu prudență și numai în contextul etico-psihologic al unei practici medicale corecte.

Automutilarea se depistează medical prin elemente de ordin clinic, cum ar fi producerea leziunilor în regiuni accesibile victimei, evidențierea interesului subjacent acestor vătămări și caracterul lor frecvent contagios (în microgrupuri în care apar aceleași tipuri de autovătămări), iar morfologic prin multitudinea leziunilor (deoarece pînă la realizarea unei leziuni mai grave, pînă la obținerea dezangajării psihice necesare, subiectul recurge la mai multe tentative lezionale) cît și prin aspectul caracteristic al leziunilor (amputarea indexului stîng la dreptaci, împușcarea în palmă din interiorul zonei de acțiune a factorilor secundari (fig. 266), gratajul coapselor în simularea violului etc.).

Examenul psihiatrico-legal este de asemenea necesar în vederea completării diagnosticului de automutilare sau simulare, deoarece la astfel de acte recurg de obicei personalitățile dizarmonice cu trăiri anomice față de normele

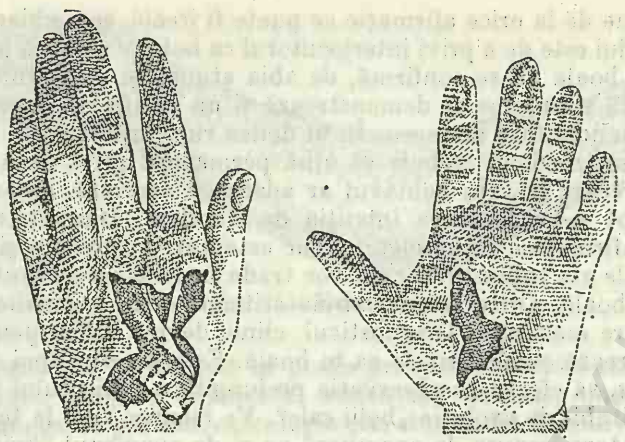


Fig. 266. Autoîmpuşcare simulatorie (Simonin).

sociale, cu agenezia sentimentelor moral-sociale şi cu psihoplasticitatea cunoscută ce îi face să recurgă cu insensibilitate la autovătămare (fig. 267, 268, 269, 270, 271).

În diagnosticul simulării o importanţă deosebită o are cunoaşterea personalităţii simulatorului, ce include apoi debili mintali (ce compensează deficitul intelectiv cu imaginaţia), paranoici revendicativi, demenţi, histerici ce simulează comic şi nu cu discreţie etc. Diagnosticul se va baza pe semne de prezumţie (exemplu, comportamentul subiectiv de imitare, apariţia tulburărilor coincident cu revendicările etc.) şi pe semne obiective (constatarea acidului picric, ovalbuminei sau hematiilor de pasăre în urina unui pseudoicter, pseudoalbuminurii, pseudohematurii etc.) ca şi pe probele de sinceritate.

Simularea bolilor psihice se face cu destulă dificultate, datorită faptului că cere cunoştinţe şi încordare. Una din entităţile frecvent simulate este oligofrenia, cînd subiectul adoptă atitudini complet obtuze, nu răspunde la întrebări elementare şi se lasă sugerat de întrebările interlocutorului. Este

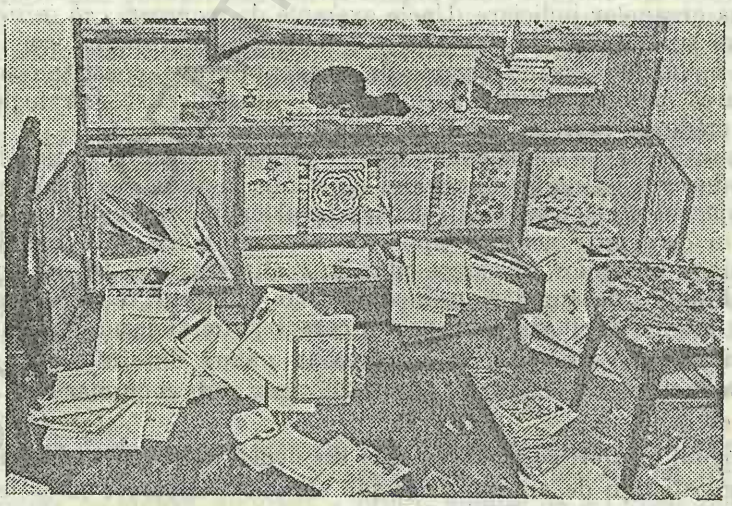


Fig. 267. Locul faptei într-o simulare.

Fig. 268. Leziuni de autovătămare.

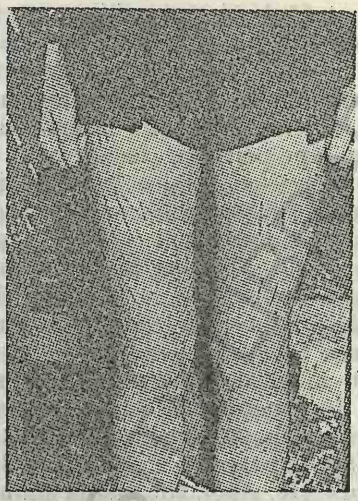


Fig. 269. Leziuni de autovătămare la cazul din figurile precedente (267, 268).

Fig. 270. Simularea violului (Tedeschi).

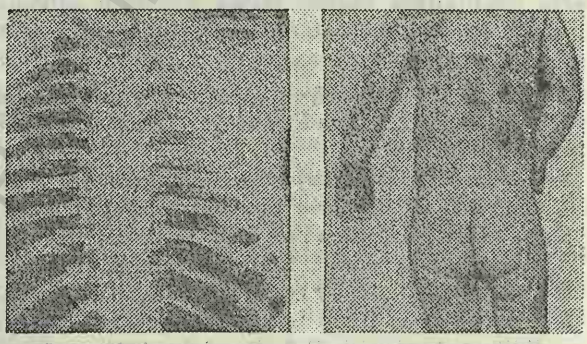


Fig. 271. Sindromul copilului bătut.

drept că se simulează totdeauna mai uşor —„ceea ce deja există" dar recurgerea la un examen clinic corect, la teste psihometrice, la observaţia bolnavului etc., tranşează cu uşurinţă diagnosticul.

Delirul este o stare psihiatrică care se simulează cu multă dificultate, delirul simulat apărînd totdeauna mai sărac decît delirul patologic, de regulă nedisimulat şi ostentativ afirmat, nu se reflectă în comportamentul subiectului şi are totdeauna un debut şi un sfîrşit brusc, legat de interesul subjacent.

Halucinaţiile simulate se depistează cu uşurinţă, deoarece niciodată nu se asociază cu anxietatea caracteristică iar starea de agitaţie simulată nu are niciodată resurse suficiente şi scade progresiv pînă la dispariţie, nefiind

alimentată de ideorea subjacentă. Se poate simula de asemenea confuzia mintală care trebuie deosebită de psihoza reactivă, precum și mutismul care trebuie deosebit de mutismul delirant, melancolic sau de opoziție. În cadrul sindromului Münchausen intervine, de obicei, o simulare organică ce duce pînă la acceptarea unor intervenții chirurgicale inutile (în circa 80% cazuri), mai ales pe pelvis ce „focalizează" diferitele conflicte nevrotice, cu producerea unei regresiuni psihice la stadii infantile, de dependență (simulare mixtă) ce pune dificile probleme de conduită medicală. Astfel, un bolnav pînă la 64 ani a simulat boli ce au indicat explorări și intervenții chirurgicale de 1 milion de lire. Tot așa, în cadrul unor stări psihice simulate se pot produce false acuzații de atentate la pudoare, situații care implică o temeinică cunoaștere a psihiatriei medico-legale, în scopul decantării științifice a ceea ce este veridic de ceea ce este neveridic, fals și simulat într-o acuză oarecare.

De aceea devin importante modalitățile de depistare a unor simulări psihice. În general, subiectul nu reușește niciodată să contureze un tablou psihiatric de boală, lipsindu-i cunoștințele și fiind dificilă realizarea unor stări psihiatrice patente ca agitația psihomotorie, delirul și confuzia, starea de melancolie etc. Apoi, totdeauna simptomele vor fi artificial legate între ele, încît din simptomatologia cunoscută a bolii vor lipsi semne importante iar subiectul se va lăsa cu ușurință sugerat pentru simptome la care „nu are dreptul". Va frapa de asemenea discordanța dintre simptomatologia neurologică redusă sau absentă și abundența simptomelor psihiatrice acuzate și stufos prezentate. La baza simulărilor psihiatrice va sta totdeauna o stare psihiatrică de limită (dizarmonie de personalitate, deficit intelectiv de tipul oligofreniei, stare reactivă etc.), ceea ce face pe medic să accepte realitatea faptului că totdeauna „se simulează mai ușor ceea ce deja există".

BIBLIOGRAFIE

1. Albu I., *Răspunderea civilă pentru daune morale*, Editura Dacia, 1979.
2. Arseni C., Oprescu I., *Traumatologie cranio-cerebrală*, Editura Medicală, București, 1972.
3. Avdeev I.M., *Expertiza medico-judiciară a persoanei*, Mediția, 1968.
4. Barbu C., *Ocrotirea persoanei în dreptul penal al R.S. România*, Craiova 1977.
5. Brînzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T., *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Editura Junimea, 1970.
6. Cecaldi J., Durigon M., *Medicine legale*, Cujas, 1980.
7. Dongoroz D. și colaboratorii, *Explicațiile teoretice ale codului penal*, Editura Academiei, R.S. România, 1969—1970.
8. Marinescu D., Ivan C., *Mijloace juridice de ocrotire a sănătății*, Editura Medicală, București, 1981.
9. Mossinger M., *Annales de médecine légale*, 1961, 5, 321.
10. Miloșescu P., *Olfacția*, Editura Medicală, București, 1975.
11. Pellegrini R., *Medicina legale e assigurazioni*, Padova, 1972.
12. Penneau J., *Faute et erreur en mathière de responsabilité médicale*, R. Pichon, 1973.
13. Schmitt D.B., *Enfant, victime de sévice*, Folia traumatologica, 1973.
14. Weill A.J., *Simulations médicales*, Masson, 1965.

Societatea umană a transformat instinctul sexual şi l-a integrat într-o sensibilitate specific umană, făcînd din sexualitate un act de cultură, pentru care afinitatea spirituală, potrivirea de caracter, preţuirea reciprocă, dragostea şi predominanţa comunicării spirituale faţă de cea sexuală, devin condiţii *sine qua non*. La om, sexualitatea a devenit o problemă socio-culturală legată, în principal, de sentimentul de dragoste, care devine astfel o caracteristică a personalităţii şi nu a sexualităţii. Instituţionalizarea instinctului sexual a făcut astfel, din sexualitatea bazată pe maturitate, motivaţii umane şi responsabilitate, o parte integrantă a personalităţii umane. Se spune, şi pe bună dreptate, că personalitatea omului nu se reflectă nicăieri mai exact şi mai total ca în dragoste, în care, omul „nu-şi poate ascunde urîţenia", trădîndu-se în mod inevitabil. În evoluţia culturală a sexualităţii, aceasta a devenit o latură a personalităţii biologice şi culturale a omului şi chiar o piatră unghiulară în adaptarea omului. În esenţă, comportamentul faţă de femeie arată cît de uman a devenit comportamentul bărbatului, ceea ce a făcut pe V. Pârvan să afirme că „primul bărbat care s-a aplecat şi a cules o floare pentru a o oferi unei femei a inaugurat cultura, dragostea animalică a fost depăşită iar noua dragoste, cea omenească, a fost simbolizată minunat printr-o floare".

Este indiscutabil faptul că la instituţionalizarea culturală a instinctului sexual a contribuit şi normativitatea, care a canalizat comportamentul într-un sens social admis. Influenţa mediului social asupra sexualităţii este invederată de frecvenţa diferită a infracţiunilor sexuale în raport de mediul social, de relaţiile sociale. Chiar dacă nevoile biologice sînt aceleaşi, satisfacerea lor diferă după contextul socio-cultural şi uman de existenţă, cu alte cuvinte, deşi conţinutul nevoilor biologice este acelaşi, forma de satisfacere a acestor nevoi diferă în raport de societate. De aceea, în condiţiile noastre sociale asistăm la o scădere marcată a anomaliilor şi abaterilor instinctual-sexuale, consecinţă a unor relaţii moral-sociale, a unor cutume şi norme ce facilitează raporturile autentice dintre sexe. Legislaţia socială a urmărit întotdeauna canalizarea biologiei sexuale spre o finalitate social-utilă legată de respectul reciproc, afecţiune, conjugalitate şi reproducere, reprimînd orice formă de comportament sexual aberant, cum ar fi adulterul, violul, incestul, prostituţia sau perversiunea.

Sub aspect legislativ, atentatele la pudoare includ actele sexuale comise cu violenţă (violul), actele sexuale între rude apropiate (incestul), coruperea minorilor într-o sexualitate aberantă soldată prin viol sau vătămări corporale (exemplu defloarea cu degetul) şi ultrajele la pudoare în care se includ actele de perversiune sexuală (homosexualitatea, bestialitatea, exhibiţionismul, actele sexuale efectuate în public etc.).

Violul este o infracţiune cu caracter cultural pregnant deoarece lezează şi încalcă consimţămîntul la un raport sexual. Ca şi în alte sexopatii, se observă că pe măsură ce vîrsta agresorului creşte, a victimei scade. Violul este o infracţiune culturală deoarece comportamentul sexual, avînd elemente înăscute şi predominant cîştigate, este un comportament social ce a contribuit la evoluţia speciei, comportamentul cultural datorat experienţei, transmis prin educaţie şi experienţă, apărînd mai elastic, mai suplu şi, prin aceasta,

asigurînd o adaptare mai adecvată la condițiile de mediu. Grație dezvoltării inteligenței și comportamentelor sociale se asigură o adaptare mai suplă și rapidă la condițiile schimbătoare de mediu. Dezvoltarea funcțiilor intelective a făcut evoluția să părăsească palierele biologice pentru a se dezvolta în cultură. Orice eliberare de dominația comportamentelor înnăscute favorizează dezvoltarea comportamentelor cîștigate, diversificarea culturală completînd și dezvoltînd diversificarea biologică impusă cu necesitate de polimorfismul genetic. Înlocuind aleatorul și eșecul din evoluția biologică, evoluția culturală e capabilă de realizări superioare, specific umane, în această interrelație familia asigurînd echilibrul bio-cultural. Dacă eternitatea biologică s-a obținut prin reproducere, cea culturală s-a obținut prin familie, de aceea infracțiunile sexuale sînt prin excelență niște devieri de la evoluția culturală a comportamentului uman în general, și a celui sexual în special. Atare trăsături au toate șansele de a se înscrie în genom (așa cum ar fi inhibarea comportamentului incestuos) și a contribui astfel la evoluția progresivă a speciei umane.

Violul este infracțiunea de constrîngere morală, psihică sau fizică a unei femei la un raport sexual. În unele medii are o frecvență de 50 la 100 000 și la un viol reclamat se citează 4 neraportate. În sens larg, violul include orice tentativă de raport sexual fără consimțămîntul femeii, iar în sens restrîns, posesiunea unei femei (intromisiunea), fără consimțămînt și ca atare realizat prin forță, amenințare sau viclenie. În spiritul legii se pedepsește însă atît tentativa de viol cît și violul consumat iar pentru incriminarea ca viol a unui raport sexual, se cer întrunite următoarele condiții:

— realitatea unei constrîngeri fizice, psihice sau morale trebuie să fie incontestabilă, deoarece deseori raporturi sexuale consimțite sînt puse ulterior pe seama constrîngerii, sub diferite motivații (desistarea de la promisiunile de căsătorie, producerea sarcinii etc.). În sens larg, violul înseamnă constrîngere iar în sens restrîns intromisiune;

— lipsa consimțămîntului, ca o consecință a constrîngerii la un raport sexual, se învederează prin rezistența certă și nu de circumstanță a femeii, sau prin imposibilitatea sa de a consimți, așa cum ar fi în cazul femeilor suferinde psihic, al minorilor la care, datorită nedezvoltării psihice, asistăm la nedezvoltarea sau alterarea discernămîntului ce condiționează un consimțămînt valid. Tot așa, ori de cîte ori, de teama amenințării cu omorul sau datorită inferiorității fizice, femeia opune o rezistență slabă, se va întruni condiția constrîngerii și deci a încălcării consimțămîntului, ca și atunci cînd femeia, opunînd o rezistență dîrză, violul nu se consumă și se realizează tentativa de viol. Consimțămîntul este absent deci ca o consecință a utilizării forței, a amenințărilor, surprizei, slăbiciunii fizice, inconștienței, somnului etc. De menționat că violul în somn la o virgină nu este posibil. Consimțămîntul în viol devine astfel elementul esențial, nexul cauzal al infracțiunii, și el poate fi încălcat fizic (dovadă leziunile de opoziție), psihic (în cazurile de lipsă a discernămîntului) și moral (cînd se abuzează de o calitate oarecare). Unii pretind că nimic nu este mai fragil și subiectiv decît consimțămîntul la un raport sexual, mai ales atunci cînd „patocultural", „organele genitale feminine devin capcane, iar cele masculine arme". În orice condiții însă există elemente medico-psihologice disjunctive, între consimțămîntul și nonconsimțămîntul la un raport sexual, ceea ce reflectă faptul că violul contrazice specificul sexualității umane, deși în esență este expresia instinctului de reproducere ca modalitate de vehiculare a informației genetice. De aceea, chiar dacă în sexualitate determinanta esențială este pulsiunea, mai mult decît inteligența care stă la baza consimțămîntului, chiar și acolo unde violul pare ambiguu (exemplu

prin seducție) sau se produce prin surpriză, el exprimă încălcarea voinței ca element uman specific al sexualității.

— subiect pasiv al infracțiunii de viol este numai femeia și nu interesează condiția sa materială sau morală. Legea garantează libertatea de manifestare a femeii în domeniul vieții sexuale, indiferent de reputația și conduita sa morală sau socială. Bărbatul nu poate fi subiect pasiv al infracțiunii de viol ci, totdeauna, doar subiect activ. Constrîngerea bărbatului la un raport sexual (așa-numitul viol invers) constituie un atentat la pudoare, o violență psihică sau corporală, dar nu un viol. De asemenea, constrîngerea bărbatului la un raport sexual aberant (ex. la un act de homosexualitate) nu constituie un viol, ci se va incrimina după reglulile penale ale perversiunilor sexuale. La fel, constrîngerea unui intersexuat la un așa-zis raport sexual;

— constrîngerea femeii în căsătorie la un raport sexual nu constituie un viol ci, în raport de gravitatea constrîngerii, o vătămare corporală.

După lege, constrîngerea femeii poate să fie fizică, prin înfrîngerea rezistenței sale corporale de către unul sau mai mulți agresori, precum și psihică, profitînd de incapacitatea femeii de a consimți, de sugestibilitatea sa etc. sau violul se poate realiza în mod disimulat prin promisiuni, prin inducerea în eroare etc.

Legea prevede că violul este o infracțiune calificată ori de cîte ori se comite prin constrîngerea minorilor sub 14 ani, cînd se comite de educator asupra celor educați, cînd se comite în grup sau se soldează cu vătămări corporale, sinucidere etc. Căsătoria victimei cu autorul violului nu stinge infracțiunea *in rem*, subiectul activ ca și ceilalți suportînd consecințele actului lor.

Legea incriminează aparte raporturile sexuale efectuate cu fetițe sub 14 ani, cînd, datorită vîrstei, nu se poate pune problema consimțirii la un astfel de raport. Pentru a proteja dezvoltarea fizică și morală a minorelor, legiuitorul a făcut din eventualele raporturi sexuale cu fetițe sub 14 ani, raporturi chiar pretins consimțite, o infracțiune distinctă.

Legea penală pedepsește, de asemenea, raporturile sexuale cu fete între 14—18 ani, în cazul în care autorul este tutore, educator, medic curant etc., indiferent de consimțămîntul persoanei.

Se pedepsește apoi seducția, ca determinare la un raport sexual a unei femei sub 18 ani prin promisiuni de căsătorie. Limita dintre viol și seducție devine uneori foarte fragilă.

Se pedepsește adulterul ca o infracțiune ce încalcă fidelitatea necesară familiei și care se dovedește prin flagrant delict sau prin înscrisuri.

Legea mai incriminează prozelitismul și proxenetismul precum și prostituția, ca întreținere a unor raporturi sexuale cu mai mulți bărbați, în mod nedistinct, fără alegere și urmărind un avantaj material.

Faptul de a întreține relații sexuale cu persoane de același sex, mai ales în public sau publicizate, constituie infracțiunea de homosexualitate, care se pedepsește mai grav ori de cîte ori unul dintre parteneri este minor, debil mintal, în incapacitate de a consimți sau cînd, după constrîngerea la un astfel de act, se produc vătămări corporale, tentative de suicid sau chiar deces.

Prin inversiuni sexuale se înțeleg actele sexuale nefirești în legătură cu viața sexuală și care „provoacă scandal public" devenind cunoscute și reprobate de opinia publică, indiferent de forma lor. Concomitent, legea incriminează corupția sexuală, prin care se înțelege efectuarea unor acte obscene în prezența minorilor (acte pornografice, homosexualitate nepublicizată) precum și incestul ca întreținere de relații sexuale între rude apropiate pe linie colaterală, ascendentă sau descendentă.

Înainte de abordarea aspectelor patologiei medico-legale a sexualității este necesar a reaminti bazele și criteriile normalității sexuale umane, care devin astfel un criteriu medical de referință în delimitarea oricărei situații patologice. Așa cum s-a menționat, sexualitatea umană este un produs al culturii iar nucleul său afectiv, și anume dragostea, devine un model cultural ce facilitează integrarea (cu valoare de model) sexualității în personalitatea umană. În acest mod, dragostea devine o formă igienică și specific umană de integrare a sexualității în personalitatea omului. Se știe că la om, relațiile sexuale nu devin specific umane fără afecțiune reciprocă, motiv pentru care dragostea devine baza oricărei morale sexuale. G. Sand spunea că „nu-i greu să faci copii, deoarece pentru aceasta nu-s necesare decît două persoane. Ei bine, pentru aceasta trebuie să existe trei, și anume un bărbat, o femeie și între ei dragostea". Mai convingător și științific a exprimat acest lucru K. Marx cînd a spus: „relația nemijlocită, firească, necesară, a omului cu omul este raportul dintre bărbat și femeie. În această relație se vădește în mod intuitiv în ce măsură esența umană a devenit natură pentru om sau natura, esență umană. După această relație ne facem o idee despre ansamblul gradului de cultură al omului, în ce măsură este el, în existența sa individuală, totodată, o ființă socială".

Evoluția omului a depins îndeosebi de moștenirea sa socială și nu atît de cea genetică. În sexualitate se observă ușor cum moștenirea culturală a subordonat pe cea biologică. Sexualitatea a adus astfel infinitul în existența umană, erosul creînd veșnicia și fiind prin aceasta o expresie a personalității (Adler). Afecțiunea umană este legată de cristalizare cînd admirația, spiritul, descoperă noi însușiri la o persoană iar floarea devine un simbol al afecțiunii ce o ia înaintea instinctului („omul se atrage din plăcere și apoi din nevoia procreării"). Astfel umanizarea erotică a devenit un factor important de coeziune și stabilitate umană, de valorizare a vieții proprii. Instinctul sexual (astăzi denumit motivație sexuală) are două componente: dinamogenă (genetică și nedirecțională) și direcțională (raportată la modelele culturale, la experiența individului etc.), cea de a doua dirijînd prima componentă. Sexualitatea la om se caracterizează în primul rînd ca un act cultural și poate fi frînat, deviat etc. Dirijarea instinctului sexual prin cutume și legi a făcut ca armonia sexuală la om să nu fie atît fizică ci mai ales psihologică și socială, legată de familie. Sexualitatea umană e totdeauna relațională, de aceea adevărul sexual începe în doi, și responsabilitățile se partajează. La baza acestei alterități se află dragostea care, după H. Spencer, implică mai multe elemente, de la impulsia sexuală pînă la sentimentul estetic, afecțiunea reciprocă, respectul, admirația și exaltarea simpatiei reciproce etc. Prin toate acestea sexualitatea umană devine o problemă ontologică deosebită, locul bucuriilor și satisfacțiilor reciproce dar și al unor eșecuri căci, sexualitatea, ca funcție și relație, devine o problemă de cuplu, la normalitatea și redresarea sa contribuind ambii parteneri (exemplu, coterapia). Dragostea cea mai autentică, superioară, ce stă la baza sexualității umane este aceea în care partenerul mai mult dăruiește decît primește, și prin care o relație dual de dragoste devine o adevărată valoare.

La om, sexualitatea nu e numai un fenomen genital ci și un mod de realizare a persoanei și prin aceasta o valoare, o formă de comunicare umană. M. Eliade spunea că omul simte nevoia redobîndirii umanității perfecte în care sexele coexistau și de aceea „omul este uman numai în dragoste". Morala sexuală are deci valorile sale, deoarece,

față de alte specii, comportamentul sexual uman relevă o reducere notabilă a instinctului, o ascensiune spre valori prin sentimentele de dragoste legate de sexualitate și uneori chiar o disociere a lor. În aceeași măsură, la om, afecțiunea frustrată devine o formă de control al sentimentelor altuia, în hiatusul dintre pulsiunea sexuală și normele sociale intervenind întotdeauna morala socială. În acest mod, ceea ce este biologic la om, pe lîngă faptul că este natural, devine în același timp și moral, normalitatea în sexualitate fiind expresia satisfacției reciproce a două persoane aflate într-o dualitate de tandrețe și dragoste. Sexualitatea echilibrată implică reciprocitate afectivă (insecuritatea afectivă din copilărie generînd scepticismul și teama cu privire la dragostea altuia), încît dorința erotică apare sacră pentru că este creatoare. Erikson apreciază că normalitatea sexuală implică concordanța următoarelor trăsături și funcții: mutualitatea satisfacției reciproce cu un partener iubit, de alt sex, în care există încredere deplină și cu care se acordă biologic, social, cultural și economic. Această normalitate este necesară satisfacerii funcțiilor sexualității umane, și anume de reproducere, satisfacție reciprocă, de bază a căsătoriei și familiei, pricină a conștiinței sociale a individului, descărcare de pulsiuni într-un context comportamental cultural, elevație a personalității prin sentimente și modele idealizate de dragoste ca și de aspirație reciprocă. Evident că numai „misterul" contopirii sufletești a două persoane pe o bază organică de funcționalitate normală asigură realizarea tuturor acestor funcții. O.M.S.-ul, cînd aborda sănătatea și normalitatea sexuală, o definea ca o modalitate de integrare a aspectelor somatice, afective, intelective și sociale ale eului în personalitatea omului, de o manieră aptă a-i îmbogăți personalitatea, comunicarea și afecțiunea. Sănătatea sexuală este aptitudinea unui comportament sexual și reproductiv în armonie cu etica individuală și socială prin care se înlătură fenomene de teamă, culpă, nesiguranță, rușine sau vinovăție ce inhibă relațiile sexuale și evită maladiile organice ce interferează cu funcțiile sexuale. Sănătatea sexuală e legată de dragoste, de cultură afectivă și la om devine „un determinism al naturii ce asigură evoluția speciei prin afecțiune". Sănătatea sexuală are deci dimensiuni biologice, afective și sociale (de echilibru prin căsătorie și prin care omul s-a socializat), ce implică integrarea somatică, afectivă, intelectivă și etico-socială a eu-lui sexual în personalitate și, ca atare, valorizarea sa. Sănătatea sexuală trebuie să fie un mijloc de îmbogățire a existenței și relațiilor interpersonale. Pe de altă parte, sănătatea în general, ca echilibru bio-psiho-social, are și dimensiuni sexuale, normalitatea sexuală fiind un element al acestei sănătăți. Dacă sexualitatea este umană prin dragoste, atunci, *mutatis mutandis*, etica sexualității rezidă în respectul, responsabilitatea și fidelitatea reciprocă. Căci, cum spunea cineva, ne desăvîrșim ca oameni prin înțelegerea legilor biologice, prin ceea ce le adăugăm cultural și nu prin anularea lor. Faptul dă o bază științifică educației sexuale.

Dragostea ca nucleu al sexualității umane este o atracție între doi oameni cu surse sufletești (nevoia de prietenie), mintale (nevoia de respect) și corporale (satisfacerea unor dorințe) ce se vor contopi, din complementaritatea lor femeia devenind mai obiectivă și mai logică iar bărbatul mai atașat și mai afectiv. De aceea, o sexualitate normală devine creatoare și sursă de noi aspirații relațional-sociale dacă se umanizează prin pudoare (cu aptitudinea de a-i da un veșmînt spiritual). De aceea, prin funcțiile sale, sexualitatea este o sursă de echilibru, generozitate și altruism uman, o sursă de progres propriu în condițiile în care se atribuie sexualității o funcție procreativă de transmitere la urmași a unui patrimoniu genetic, și culturală. Orice disociere dintre erotism și fecunditate, orice separare a plăcerii de procreație prin hipertrofia erotismului, cu alte cuvinte orice sexualitate consumată exclusiv hedonic duce la dezumanizarea omului prin urmărirea exclusivă a plăcerii, prin egoism și alteori prin perversiune. O astfel de sexualitate structurează în mare măsură personalitatea egocentrică, de lipsă a comunicării loiale a gîndurilor și sentimentelor reciproce, de influențare nocivă a altuia. Trebuie menționat, de asemenea, că orice precocitate

sexuală, prin blocarea afectivității pe care o produce, riscă frigiditatea (prin lipsa curiozității, tensiunii și satisfacției rezultate din plăcerea amînată) și chiar perversiunea. Frecvent, la originea unor acte de prozelitism și corupție sexuală se află lipsa afecțiunii simțite în copilărie, lipsa sublimării energiei pulsiunii sexuale în energie culturală, lipsa valorizării adecvate a relațiilor specific umane dintre sexe. Sexualitatea precoce, premaritală, poate risca „paralizia dragostei", „plăcerea unui moment putînd fi la baza ruinii unei vieți". Nu numai accidentele prin riscuri variate, dar și „vulgaritatea vegetativă", dragostea despuiată de responsabilitate, ruptura dintre emoții și sentimente etc., riscă structurarea acestei personalități anomice, insensibile, sursă de insatisfacție și suferință, atît pentru subiect cît și pentru cei din jur.

Sexualitatea umană are apoi o funcție dinamizatoare, în sensul că totdeauna se poate converti și sublima în valori culturale, deoarece transformarea unei energii biologice în energie culturală este la originea sentimentelor autentice dintre sexe, la originea valorizării relațiilor dintre acestea. În sexologie sînt cunoscute avantajele castității fizice și psihice pînă la o vîrstă propice conjugalității, față de sexualitatea precoce, care se opune sublimării unei energii biologice în valori culturale. Ca și căutarea exclusivă a erotismului care, atunci cînd devine un scop, transformă partenerul într-un obiect și riscă generarea perversiunilor sexuale, tot așa și facilitatea sexualității riscă devalorizarea specific umană a relațiilor dintre sexe, despuierea lor de ceea ce acestea au mai specific uman.

Se recunoaște sexualității, apoi, o funcție anxiolitică, de eliberare de tensiuni și de înlăturare a unor preocupări obsesive sau angoasante. Dar, ceea ce este esențial în aceste funcții sexuale este echilibrul dintre ele, tocmai datorită variațiilor sexuale mari la om. În virtutea acestui echilibru, normalitatea sexuală implică o ajustare reciprocă, o corespondență anatomică (de coabitare), funcțională (de dinamică), psihologică (de satisfacție) și socială, a doi parteneri în scopul realizării unei satisfacții reciproce, partajării încrederii, acordării muncii și recreației, procreării și asigurării dezvoltării copiilor. Normalitatea sexuală este o corespondență reciprocă a fiecărui cuplu și nu există la om o sexualitate de referință. Sexualitatea omului fiind în creier, sexul devine o aspirație spre valori iar cuplul o alteritate, și orice senzualism exclusiv o formă de decădere umană. Normalitatea sexuală a fost forma cea mai primitivă a comportamentului uman care a permis integrarea unei pulsiuni biologice într-un fapt cultural și ascensiunea spre valori. Sexualitatea umană normală se consumă specific în dragoste, ca mod uman de integrare a sexualității în personalitate și în valori și drept condiție a demnității umane ce nu acceptă sexualitatea fără dragoste. În dizarmoniile de personalitate această integrare este deficitară, de unde frecvența sexopatiilor la acești subiecți. Psihopatul disociază dragostea de voluptatea pe care o caută exclusiv, în afara unui context afectiv, comportamentul său devenind sursa celor mai frecvente impacte și aberații sexuale. Lipsa corespondenței anatomice, funcționale, psihologice și sociale (expresie a normalității sexuale) poate fi apoi la originea disfuncțiilor sexuale, printre care a bolilor psihosomatice, a tulburărilor mintale, toxicomaniilor, tendințelor autolitice, sarcinilor nedorite, divorțului, sechelelor psihosociale, iritabilității și perversiunii. Orice brutalitate a unui partener, în condițiile lipsei sentimentului partenerei de a se ști dorită și iubită, duce la aversiune și la încălcarea eticii sexualității, etică al cărei mesaj esențial este afirmarea reciprocă. De aceea, un cuplu ideal implică o adaptare reciprocă a partenerilor, o corespondență de cuplu, în care satisfacția reciprocă este efectul și condiția colaborării partenerilor la sexualitate. La femeie, dinamica sexuală depinde major de tandrețea partenerului, de aceea actul sexual la femeie variază în raport de afecțiunea sa („are orgasm cu partenerul iubit"). De aceea, orice raport sexual marital se va „amîna" pînă ce preludiile conving despre necesitatea lui. La bărbat, cu vîrsta, experiența sexuală descrește, de aici atracția sa pentru tinere fără experiență sexuală, față de femei la care experiența sexuală crește cu vîrsta și aceasta este deseori baza geloziei

(la scăderea erotismului femeia de asemenea reacționează prin gelozie). La orice vîrstă însă raportul sexual „nu trebuie să devină o corvoadă" ci o expresie a dragostei, care pierdută devine și primul semn de îmbătrînire. Dimpotrivă, orice lipsă de corespondență reciprocă într-un cuplu, indiferent de vîrstă, creează dificultăți psihologice și sexuale în viața sa și, prin carența afectivă și executivă consecutivă, privează sexualitatea de unitatea sa necesară. Cum variațiile sexuale sînt mai mari la femei decît la bărbat și cum, uneori, parteneri separați au calități excelente dar în viața cuplului nu se realizează și nu constituie un cuplu reușit, esențială în sexualitatea normală este cooperarea partenerilor la realizarea acelei normalități care nu este o normă medie ci, dimpotrivă, o normă valoare. Aici rezidă de altfel și bazele terapiei moderne a diferitelor disfuncții sexuale.

Sexualitatea normală are însă și incidente firești pentru că omul nu este o mașină. Elementele reușitei sexuale impun ca bărbatul să aibă controlul orgasmului și femeia să fie eliberată de frica sarcinii nedorite, ca elemente principale. Dar cum în sexualitate nu se poate minți sau trișa și cum nici un domeniu al culturii nu este grefat de mai multă frică, ignoranță, tabu-uri sau dezechilibre, este necesar ca medicul să cunoască bine orice anomalii ale vieții sexuale, orice necorespondențe de cuplu, orice patologie camuflată de cauze sexuale pentru a reda cuplului armonia sa necesară. Căci, tulburările sexuale, ca abateri de la normalitatea sexuală, vor crea intense sentimente de culpă, de autoacuzare prin conștiința eșecului, pînă la trăirea unor idei autolitice, iar tulburările de tipul perversiunilor, prin excelență degradante uman, vor fi izvor de conflicte intra- și interpsihice.

Din cele de mai sus rezultă că educația sexuală, parte a educației generale (deoarece, la om, sexualitatea apare ca o trăsătură de personalitate), are ca obiective cunoașterea fiziologiei sexuale, înțelegerea obligațiilor, responsabilităților și valorilor morale legate de sexualitate ca surse de progres individual precum și a rolului perversiunilor asupra sănătății mintale. Sexualitatea se învață așa cum se învață și alimentația rațională. Ea se cultivă pentru ca „plăcerea afectivă să nu fie moartea sau eșecul dorinței", cum spunea Sartre ci, dimpotrivă, sursa de integrare a sexualității în devenirea și dezvoltarea persoanei.

Educația sexuală va privi sexualitatea ca ceva biologic necesar, moral sau imoral fiind modul cum omul integrează sexualitatea în personalitatea sa. În același timp, va accentua asupra faptului că ceea ce caracterizează sexualitatea umană este dragostea ce umanizează instinctul sexual, conform constatării după care „singurul animal ce a știut să dea nevoilor trupești o formă spirituală a fost omul. El a făcut din reproducere arta de a iubi. Și el știe că o luptă fără iubire destramă, după cum o iubire fără luptă dezgustă. Căci, subjugat de lucruri, omul se dezumanizează, prin aceea că substituie iubirii erotismul și aceasta nu este altceva decît o pierdere a omului în uman".

Educația sexuală va înlătura orice urmă de ipocrizie și disimulare ce crește tentația sau transformă sexualitatea în ceva misterios, îngreuind drumul dintre cele două sexe. În educație, sexualitatea trebuie privită ca o sursă de potențare spirituală reciprocă, o sursă de generozitate specific umană, cu aptitudinea de a favoriza progresul persoanei. Se va accentua apoi faptul că sublimarea este fiziologică și compatibilă cu normalitatea sexuală, pînă la o vîrstă la care individul își capătă maturitatea profesională și socială necesară. Căci sublimarea permite convertirea unei energii biologice în forme creatoare profesionale și culturale. Dimpotrivă, se va accentua că orice sexualitate precoce, prin inafectivitatea consecutivă imaturității afective, duce la pierderea curiozității și chiar la dezgust față de sexualitate.

În cadrul semiologiei sexuale, medicul trebuie să dovedească o atitudine culturală deosebită cu ajutorul căreia să înțeleagă și să explice, să dedramatizeze și să sfătuiască pe partenerii deseori angoasați de disfuncțiile lor. Sexualitatea, domeniu de maximă intimitate, presupune, apoi, cîștigarea încrederii depline a bolnavului, pentru ca acesta să-și efracționeze și relateze suferințele. Se va crea acea „intimitate distantă" absolut necesară anamnezei veridice (care este „baza diagnosticului sexologic") și terapiei cuplului. Altfel, cum orice „dumping instinctual" nu este posibil, educația sexuală devine o strictă necesitate și parte componentă a oricărei consultații sexuale. Această relatare anamnestică autentică și în același timp educativă este condiția esențială a dedramatizării situației prezentate de parteneri și o primă condiție a unui succes terapeutic.

VIOLUL SUB ASPECT MEDICO-LEGAL

La femeile fără viață sexuală, raportul sexual comis cu violență, expresie a unei impulsiuni sexuale consumată în afara unui context afectiv specific uman, duce, de regulă, la pierderea atributelor de virginitate, consecutiv pierderii integrității membranei himeneale. Din acest punct de vedere, himenul constituie o adevărată „barieră" medico-legală a cărui integritate se poate pierde fie prin intromisiunea din cadrul violului, fie prin diferite atingeri ostentative asociate cu jocuri sexuale etc.

Fără vreo funcție fiziologică deosebită (nici în dovedirea transmiterii caracterelor dobîndite, deși se lezează de milenii), el are deci o semnificație psihosocială enormă. Himenul e atît o problemă anatomică cît și una de puritate și virtute a inimii, spunea Buffon. Chiar dacă, expresie a monogamiei de-a lungul secolelor, el glisează astăzi de la virginitatea fizică spre cea psihică, importanța sa medicală în probarea onestității, afecțiunii și tendinței către alteritate exclusivă rămîne deplin valabilă. Hymeneus era fiul lui Apollo, zeul grec ce prezida sărbătorile nupțiale. De aici vine numele membranei.

Sub aspect anatomic, himenul are o diversitate morfologică la care se adaugă diversitatea comportării sale funcționale. În circa 70% din cazuri, himenul are o formă inelară, delimitînd prin marginea sa liberă, netedă sau franjată, un orificiu de dimensiuni variabile. În circa 15% din cazuri, himenul are o formă semilunară, în sensul că se inseră cu precădere pe o anumită parte a introitului vaginal (fig. 272, 273, 274, 275). Sub aspect morfologic, interesează

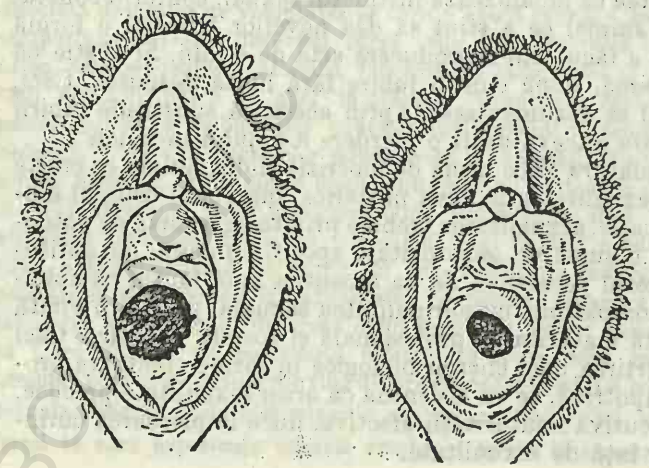


Fig. 272. Himene inelare (franjat și neted).

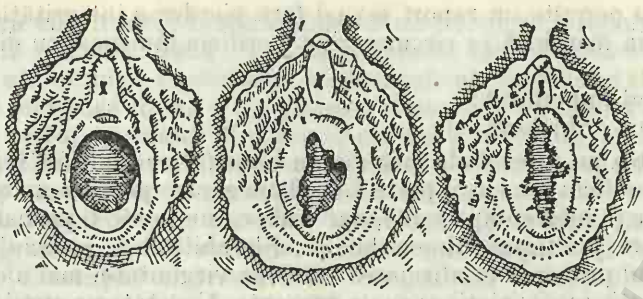


Fig. 273. Himen semilunar și inelare.

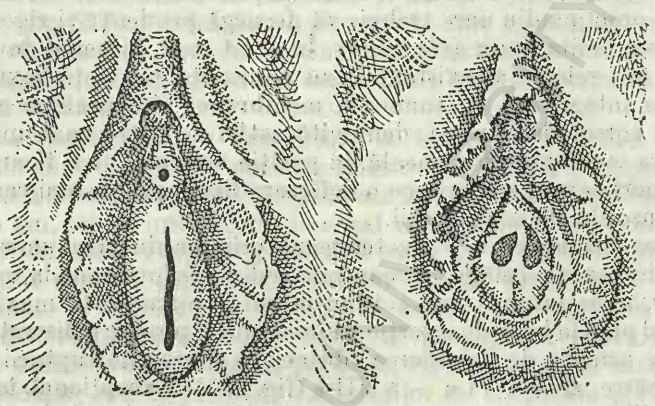


Fig. 274. Himen labiat și cu sept.

înălțimea membranei himeneale, care poate fi de la 1—2 mm (în care caz circumscrie un orificiu himeneal larg, ce denumește himenul complezant) la 0,8—1 cm cînd realizează o membrană înaltă (care circumscrie un orificiu himeneal foarte redus, încît intromisiunea nu este posibilă fără pierderea integrității membranei himeneale). Sub aspect morfologic interesează apoi aspectul marginii libere care poate fi netedă, franjată, sau alteori cu crestături congenitale ce pretează la confuzii cu rupturile himeneale. Mai rar, himenul poate avea o formă cribriformă (multiorificial), cu sept (biorificial) sau chiar imperforat, necesitînd incizie odată cu prima menstruație (pentru hematocolpos). La femeile în vîrstă, himenul se sclerozează sau devine tendinos și ca atare inviolabil „de la natură". În aceste condiții, un raport sexual impetuos poate produce rupturi vaginale sau de funduri de sac prin comprimarea balistică a aerului.

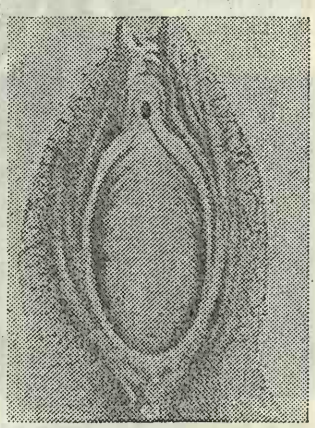


Fig. 275. Himen imperforat.

Din aspectul morfofuncțional al himenului rezultă că atribute anatomice de virginitate (anatomică) conferă:

— himenul care prin marginea sa liberă circumscrie un orificiu himeneal de dimensiuni

reduse, ce nu permite un raport sexual fără pierderea integrității sale (himen înalt care prin marginea sa circumscrie un orificiu himeneal cu diametrul sub 1—1,5 cm);

— himenul imperforat;

— himenul cribriform etc.

Virginitatea nu se exclude însă nici în himenul cu înălțime mică, care circumscrie un orificiu himeneal peste 1,5—2 cm și care permite un raport sexual fără deflorare (himen complezant), dar unde ea nu poate fi probată anatomic. Relația dintre înălțimea himenului și dilatabilitatea orificiului himeneal este elementul principal în afirmarea stării de virginitate, mai ales în situația falselor acuzații sau a vieții sexuale prezente. Constatarea unui himen înalt ce circumscrie un orificiu mic și face imposibil un raport sexual, față de altul îngust, cu orificiul mare și unde raportul sexual fără deflorare este posibil anatomic, deși femeia poate să nu fi avut viață sexuală, sînt limite posibile de apreciere în practică din care trebuie să decurgă prudența și rigoarea concluziilor ce se vor limita la un aviz tehnic. În acest mod, himenul devine un marker absolut sau relativ al existenței sau nonexistenței vieții sexuale.

Pierderea integrității anatomice a membranei himeneale se numește deflorare (mai corect desflorare), denumită astfel de către anatomistul Pineau care compara membrana himeneală, în poziție virtuală, cu o floare. Cu ocazia primului raport sexual se produce o deflorare fiziologică și mai rar o deflorare patologică însoțită de complicații.

Deflorarea fiziologică se caracterizează prin producerea unor rupturi ale membranei himeneale (plăgi mucoase) cu sediu predominant în cadranul postero-inferior, unde intensitatea actului mecanic sexual este maximă, rupturi care se întind pînă la baza de inserție a himenului și produc o discretă hemoragie cu tumefiere urmată de depunerea fibrinei pe marginile rupturii și apoi de epitelizare către ziua a VI-a — a VII-a (fig. 276). Excepțional, în himenul de consistență fibroasă se poate observa apariția unei dungi de cicatrizare la nivelul rupturii, dar, de regulă, datorită vieții sexuale repetate, rupturile himeneale se epitelizează (himenul fiind un repliu epitelial „a cărui rană nu se închide niciodată"), transformîndu-se în caruncule mirtiformi. Astfel, deflorarea nu devine totdeauna o probă de viol, după cum există și violul fără deflorare. Așa cum deflorarea în general nu poate fi trucată sau alteori devine „o caricatură", deflorarea poate fi deci anatomică, funcțională sau psihologică,

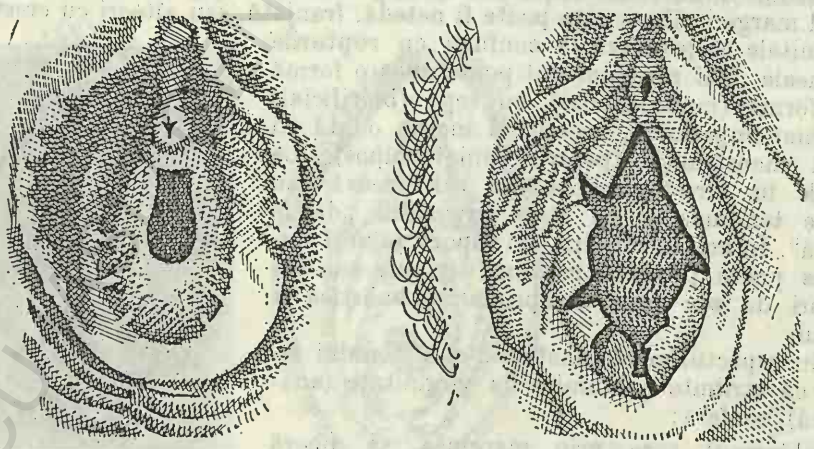


Fig. 276. Himen integru și cu rupturi.

fapt ce face ca uneori, deşi aparent himenul nu e integru, virginitatea psihică să fie prezentă şi invers. Dacă rupturile himeneale sînt neregulate, asimetrice, complete şi afrontabile, crestăturile congenitale ale himenului sînt localizate neregulat pe marginea liberă a membranei himeneale, au acelaşi aspect şi coloraţie ca şi restul mucoasei himeneale, nu merg niciodată pînă la baza de inserţie a himenului şi, mai ales, atunci cînd nu permit un raport sexual fără deflorare (fapt dedus din dimensiunile orificiului himeneal) fac ca diagnosticul diferenţial cu rupturile prin deflorare să devină indubitabil. Ca atare, crestăturile congenitale vor fi rotunde, simetrice, incomplete şi neafrontabile. Diagnosticul diferenţial al crestăturilor congenitale cu rupturile himeneale devine esenţial în concluzia despre viol şi obligă la o examinare corectă a membranei himeneale, deoarece, atunci cînd prin examen nu se evidenţiază în totalitate membrana himeneală, datorită aspectului său virtual, crestăturile se pretează la confuzii cu rupturile şi duc la concluzia falsă de viol cu intromisiune (fig. 277). Astfel, într-o situaţie în care un subiect era acuzat de viol asupra cîtorva fete, numai un examen corect al membranei himeneale a permis diagnosticul de crestături congenitale care nu permiteau un raport sexual fără deflorare.

Deflorarea patologică sau complicată se întîlneşte mai ales în situaţia disproporţiilor dintre organele genitale imature ale femeii şi organele genitale dezvoltate ale bărbatului. Într-un raport sexual, diametrul penisului în erecţie devine 3—5 cm, iar al orificiului himeneal rămîne de 1 cm, ceea ce duce la lezarea sa ori de cîte ori raportul este mai mare de 3/1. Orice dimensiuni mai mici nu permit ruperea „aperturii" himeneale. Sub vîrsta de 10—12 ani, raporturile sexuale se asociază, de regulă, cu leziuni ale vaginului şi chiar ale perineului, defloririle fiind complicate prin propagarea rupturii himeneale la ţesuturile vecine (vagin, clitoris, perineu), cu hemoragii în cazul himenului spongios, vascular, sau în prezenţa tulburărilor de coagulare şi chiar cu producerea unor dezinserţii himeneale sau mai rar chiar de căi false. Alteori, la persoanele imature ca şi la cele în vîrstă, cu craurozis vulvo-vaginal, se produc adevărate leziuni explozive ale fundurilor de sac vaginale prin mecanism de „explozie pneumatică" consecutiv comprimării aerului. Mai mult, orice viol la vîrste precoce poate duce la demenţa Heller cu autism, apatie, mutism etc.

Constatarea morfologică a rupturilor himeneale faţă de crestăturile congenitale ca şi a rupturilor recente, cu depuneri de fibrină etc. se face nu numai clinic ci şi printr-un examen stereoscopic (himenoscopic) al membranei himeneale ce aduce elemente de diagnostic în plus (fig. 278). În sprijinul diagnosticului de viol vine şi constatarea spermatozoizilor în fundurile de sac vaginale, unde

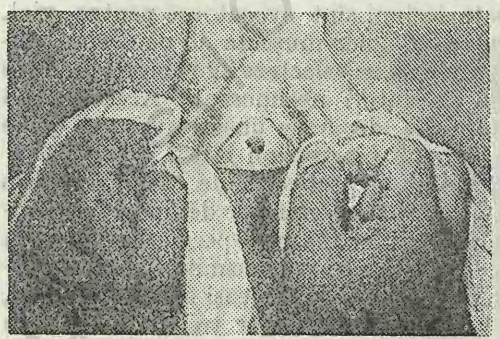


Fig. 277. Examenul himeneal.

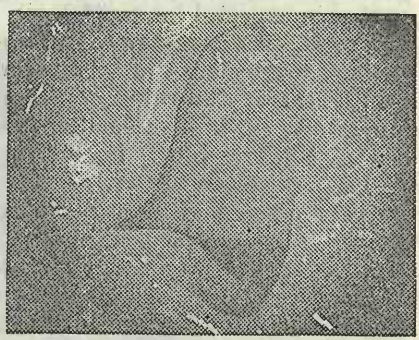


Fig. 278. Imagine stereoscopică a himenului.

se pot conserva mai multe zile. Alteori, spermatozoizii se pot găsi pe rufăria victimei, tot aşa ca şi firele de păr străine sau petele de sînge, a căror cercetare are importanţă în identificarea autorului şi confirmarea violului.

Violul, cum s-a amintit, este definit sub aspect medico-legal ca un raport sexual însoţit de penetrare, asupra unei femei şi împotriva voinţei ei. În situaţia lipsei intromisiunii, se va întruni tentativa de viol, mai ales cînd himenul îşi păstrează integritatea anatomică, fapt ce se poate explica prin rezistenţa dîrză a femeii, aspectul fibros al membranei himeneale sau impotenţa bărbatului. În acest caz, raportul sexual se poate consuma anteportas (vestibular), perineal sau intercrural iar cercetarea spermatozoizilor pe rufărie este absolut necesară în scopul confirmării tentativei de viol. Rezultatele cercetării nu sînt absolute, deoarece un subiect poate prezenta azoospermie sau lipsa ejaculării chiar în cursul unei tentative de viol sau a unui viol consumat. Alteori, tentativele de viol se asociază cu producerea unor leziuni himeneale sau vulvoperineale cu degetul, aşa cum se întîmplă la cei cu impotenţă sexuală care, din sentimentele de umilinţă faţă de un partener adult, încearcă realizarea violului în prezenţa unor fetiţe cu producerea unor astfel de false deflorări. În aceste cazuri, leziunile himeneale produse cu degetul vor fi mai frecvent laterale decît posterioare. Violul cu leziuni vulvo-perineale se poate deci explica prin circumstanţe de impotenţă a bărbatului, dar şi prin brutalitatea acestuia, a disproporţiei dintre organele genitale, a himenului fibros sau a craurozisului vulvar.

Din definiţia violului a reieşit că elementul principal al acestui act antisocial este lipsa consimţămîntului la un raport sexual. Din acest punct de vedere, violul poate fi cu opoziţie fizică totală, alteori poate fi pseudo- sau semiconsimţit sau, în sfîrşit, pretinsul viol este consimţit, cînd pierde atributele legale de viol. Acest viol consimţit şi apoi regretat se află la originea unor frecvente false acuzaţii. De regulă, la femeile minore fără viaţă sexuală ca şi la copiii sugestibili, violul nu se asociază întotdeauna cu leziuni de violenţă prin opoziţie, motiv pentru care legea incriminează şi constrîngerea morală sau psihică a unei persoane la un raport sexual. În diagnosticul medico-legal de viol, alături de semnele de raport sexual tentat sau consumat, se vor căuta, în mod obligatoriu şi cu acurateţe, semnele corporale de opoziţie. Aceste semne constau din echimoze şi excoriaţii pe mîini, coapse, abdomen, din plăgi muşcate sau, în situaţii mai grave, din leziuni de asfixie care pot duce chiar la moarte (asfixia sexuală). Efortul de imobilizare a victimei şi mai ales de îndepărtare a coapselor cu forţa produce leziuni cu precădere pe membre şi mai ales pe coapse, iar tendinţa de a evita strigătul duce la leziuni echimotice şi excoriative de tipul asfixiei în jurul orificiilor buco-nazale. Prin topografie ca şi prin aspectul lor morfologic, aceste leziuni sînt evocatoare pentru viol. Mai mult, prin cercetarea medico-legală a plăgilor muşcate de pe corpul victimei, s-a reuşit ca din 3 000 odontograme să se selecteze 29 subiecţi din care s-a identificat autorul unui viol, iniţial cu autori necunoscuţi. Aceste plăgi muşcate vor fi bine etichetate ca semnificaţie, deoarece uneori au o patogenie hedonică („love bite") iar alteori de opoziţie („agression bite").

La femeile cu activitate sexuală, violul se probează, de asemenea, prin cercetarea semnelor de raport sexual precum şi a semnelor de opoziţie. Semnele de raport sexual consumat rezultă din cercetarea spermatozoizilor în căile genitale şi pe rufărie, a firelor de păr străine, a transmiterii de boli venerice, a producerii sarcinii. Leziunile de opoziţie au aceleaşi caracteristici şi, la o femeie adultă şi în situaţia unui singur agresor, ele ar trebui obligatoriu să se constate. S-ar putea admite un viol fără constatarea semnelor de violenţă corporală în situaţia ebrietăţii profunde, a producerii narcozei sau a adminis-

Fig. 279. Viol cu asfixie sexuală.

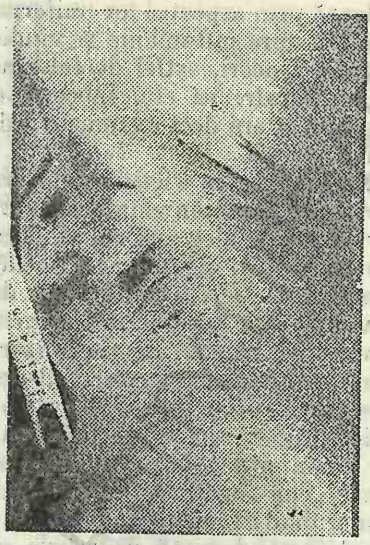


Fig. 280. Leziunile gîtului la cazul din fig. precedentă.

trării unor poţiuni afrodisiace (L-dopa), a rezistenţei fizice scăzute sau a pluriagresorilor. În cazul seducţiei s-ar putea admite un viol prin şantaj, dar lipsa semnelor de opoziţie face aleatorie lipsa consimţămîntului la raport sexual. Unele pretinse violuri sînt de fapt rapoarte sexuale consimţite, facilitate de consumul de alcool care îndeplineşte rolul unui „ritual preparator", de situaţiile marginale ce facilitează postura de victimă etc. De regulă, o femeie adultă, viguroasă se opune în mod veridic consumării unui raport sexual cu un adult, prin reflexele sale de apărare: exagerarea lordozei, contractura adductorilor coapsei, lipsa secreţiilor vaginale etc.

Alte circumstanţe de viol includ violul în somn natural (imposibil la virgine), la gravide, violul *post mortem*, deflorarea cu degetul, asfixia sexuală etc. (fig. 279, 280, 281; planşa IV, fig. 24).

Violul obligă apoi şi la precizarea altor circumstanţe cum ar fi asfixia sexuală, deseori cu comiterea raportului sexual postmortem. Mai rar, violul poate fi simulat prin producerea unor leziuni corporale de opoziţie, care se

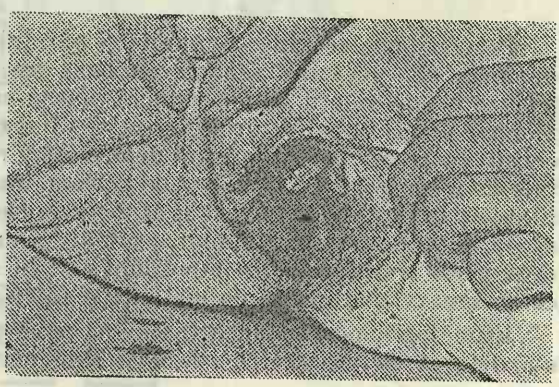


Fig. 281. Leziuni perineale în violul la o bătrînă.

trădează prin aspectul lor uniform, situate pe regiuni accesibile, la o persoană înclinată spre mitomanie și vindicațiuni, cu structură psihopatică de personalitate. Uneori, astfel de false acuzații sînt patologice ca în cadrul schizofreniei, parafreniei etc. În cercetarea medico-legală a violului o importanță deosebită o are deci examenul psihologic sau psihiatric al victimei și agresorului.

Personalitatea victimei alături de rolul situației sînt documente majore în viol. În fața consecințelor morale, deseori femeia transformă actul sexual în viol. Altele aleg autorul violului sau „așteaptă" violul. Rupturile familiale, impulsivitatea, neintegrarea socială, se reflectă în toată patologia sexuală ca și în viol. Defectele conflictuale de personalitate irup deseori în ofense sexuale de viol sau în false acuzații, încît conceptul victimologic se lărgește pînă la previziunea riscului de victimizare și profilaxie, favorabil ambilor parteneri. Apoi este cunoscută sugestibilitatea marcată a copiilor care aderă cu ușurință la relatările celor interesați într-o stare conflictuală oarecare. Astfel, deseori, subiecții interesați în soluționarea favorabilă a unor conflicte familiale instruiesc amănunțit copiii asupra sexualității, în scopul de a furniza anchetei elemente „convingătoare" în sprijinul afirmării unor acte sexuale consumate. Atunci cînd examenul membranei himeneale este aleatoriu, numai o testare psihologică adecvată va releva gradul de sugestibilitate și inducție dintr-o relatare neveridică. Este drept că credulitatea transformă consimțămîntul la un raport sexual într-un fapt adeseori credibil subiectiv, dar tot atît de frecvente sînt și situațiile în care raporturile sexuale nu au avut loc, deși subiectul le acuză.

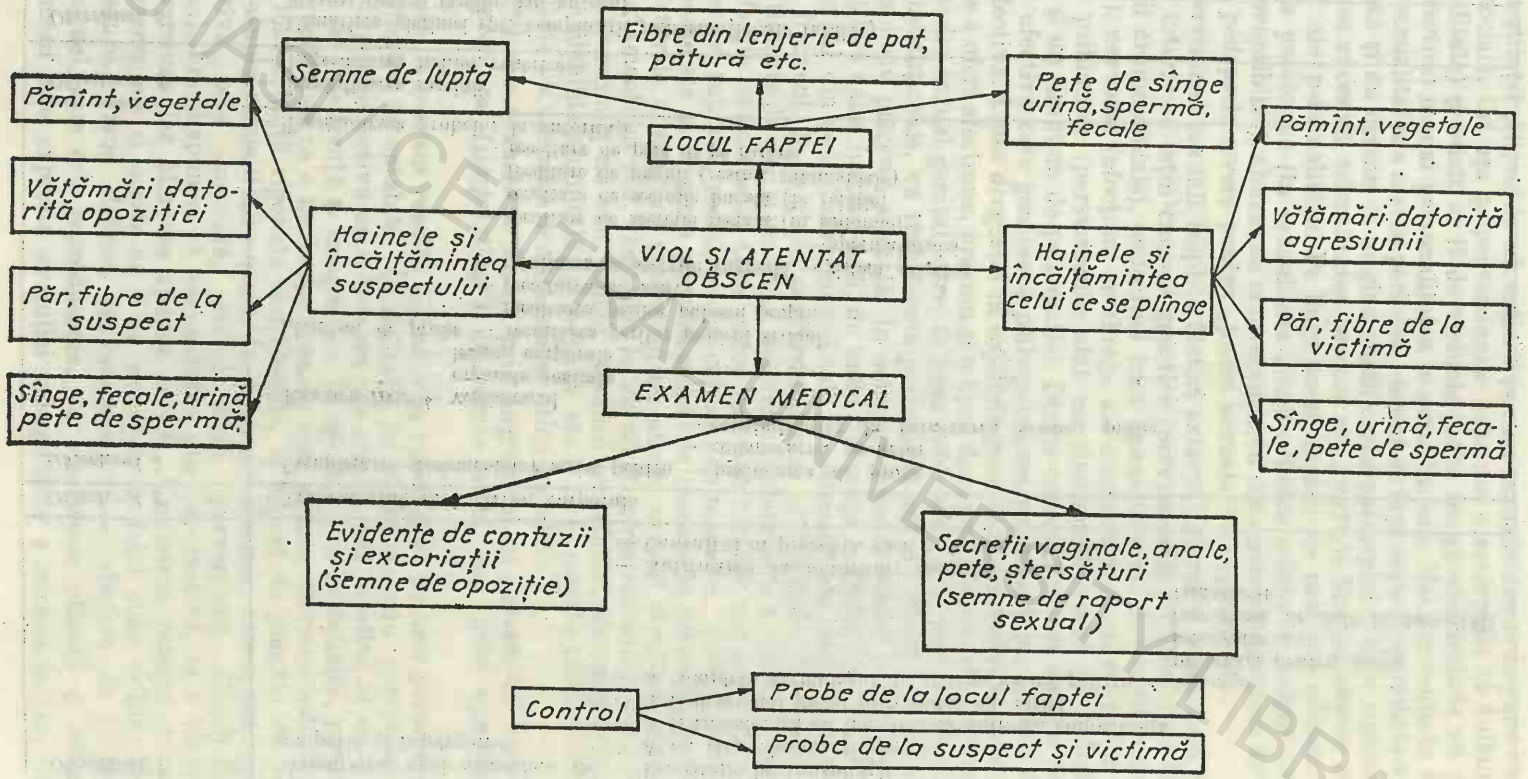
Alături de examenul psihologic sau psihiatric al victimei ce se face din tălpi în creștet („to top to toe") se va face și un examen al autorului (care devine astfel imaginea în oglindă a examenului victimei), în scopul de a preciza corespondența organelor genitale cu gradul de dezvoltare sau cu leziunile organelor genitale ale victimei, identificarea sa, determinismul la viol etc. Cercetarea urmelor lezionale (plăgilor mușcate lăsate de victimă în apărare) de pe corpul agresorului, vor ajuta la identificarea sa (tabelele 59, 60). De asemenea, un examen psihiatric va releva, la originea impulsiei sexuale consumate prin viol, prezența unor stări limitrofe de tipul etilismului cronic, psihopatiei, debilității mintale, caracteriopatiei epileptice sau alteori a unor stări psihiatrice (psihoze) sau neurologice patente (tumori de ventricul III, maladie Lewin, encefalite von Economo, epilepsii etc.).

PERVERSIUNILE SEXUALE SUB ASPECT MEDICO-LEGAL

Perversiunile sexuale, denumite și parafilii (atracții aberante), constituie anomalii ale conduitei sexuale cu bază frecvent psihologică (incapacitatea psihică a unei relații heterosexuale) sau cu origine în disocierea substratului biologic de cel social (cultural-afectiv) al sexualității. Perversiunea sexuală constituie un fel de revalorizare deformată a relațiilor dintre sexe, o incapacitate de asumare a unui rol sexual normal, incapacitate ce se asociază cu ostilitatea și are scopul de a face să dispară unele sentimente de inferioritate. De aceea, la originea perversiunilor se află fie „căutarea cu orice preț a unei plăceri ce se poate transforma în imposibilitate", fie dificultatea de acuplare normală ce generează sentimente de umilință și inferioritate.

Etimologic, perversiunea înseamnă ceva contrar obișnuinței. Dacă omul s-a detașat de instinct, a inventat însă perversiunea, viciul fiind frecvent

Examenul medico-legal al violului (după L. Paul)



BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 60

Conduita medico-legală în agresiunile sexuale (după D. V. Wiecking)

Obiectivul 1	— Asigurarea unei atmosfere de empatie și înțelegere: — Prioritate la consultații — A nu lăsa victima singură — A fi transferată cu însoțitor la unitatea competentă — A fi desemnat cazul prin cod și nu altfel — A completa formularul de consimțămînt pentru — examen — prelevări pentru probe — fotografie — furnizarea de date la autorități — tratament — Notificarea la autorități (acordul scris) — Consultul în prezența unui membru al familiei
Obiectivul 2	— Tratamentul vătămărilor corporale
Obiectivul 3	— Completarea documentelor scrise pentru — prelevarea de probe — conservarea probelor — consimțămînt la furnizarea acestor probe — Examen fizic — vestimental — organele genitale — leziuni corporale — „Kit"-ul de probe — recoltarea perilor pubieni străini — recoltarea perilor pubieni proprii — recoltarea de salivă — recoltarea se secreție vaginală — sistem secretor — spermatozoizi — recoltare de secreție rectală (în sodomie) — recoltare de secreție bucală (în felație) — recoltare de unghii (resturi subunghiale) — recoltare de pete de pe rufărie — Transmiterea probelor la autorități
Obiectivul 4	— Împiedicarea sarcinii — Împiedicarea bolilor venerice
Obiectivul 5	— Urmărirea victimei (pt. complicații psihoemoționale tardive) — Sfaturi pentru familie sau anturaj
Obiectivul 6	— Copiii vor fi examinați în prezența părinților — În prealabil vor lua un sedativ ușor — Examenul se va explica în termeni cît mai simpli

BCU IAȘI / CENTRALE UNIVERSITY LIBRARY

rodul neștiinței și lipsei de educație. Așa cum sexualitatea se impune ca o conduită socială, tot așa și perversiunile exprimă o sociopatie (o tulburare de personalitate) și oricît ar fi de virtuale (orice imaginație include un germen de pervertire) numai personalitatea le actualizează. Mai frecvente la bărbați la care sexualitatea e mai imperioasă, ele sînt de fapt niște abateri de la o normă așteptată și au deseori la origine modificarea patologică a unor instincte, represiunea excesivă, sexualitatea precoce etc., încît, în final, se impun ca niște maladii ale personalității. Pe lîngă acești factori se mai pot adăuga condiționările patologice (în sexualitate „limita dintre sublim și vulgar uneori e abia perceptibilă"), abuzul de contracepție cu disocierea erotismului de reproducere, pedepsele severe pentru „jocuri sexuale" în copilărie etc.

Perversiunea sexuală implică factori externi, interni și relaționali. Dintre factorii interni se reține cauzele genetice (perversiunile sînt frecvente în unele anomalii cromozomiale), endocrine (sînt apanajul unor disfuncții hormonale sexuale), nervoase (afecțiuni cerebrale, ale măduvei spinării etc.) și în sfîrșit cauzele psihiatrice (perversiunile sînt un sindrom frecvent de îmbolnăvire psihică și un simptom de psihopatie). Dintre cauzele externe trebuie reținute carența afectivă care generează psihopatizarea personalității, egofilia și agenezia afectivă. Lipsa dragostei în copilărie generează, la rîndul său, incapacitatea de a oferi afecțiune, precum și o lipsă de maturare sexuală cu rămînerea la un stadiu sexual genital, care, în lipsa sublimării și în prezența impulsivității constituționale, va transforma partenerul într-un obiect sexual, căutîndu-se exclusiv plăcerea sexuală. În comportamentul sexual psihopatul alege cu precădere calea instinctuală, de unde frecvența tulburărilor de comportament sexual din cadrul dizarmoniei sale de personalitate. Între cauzele relaționale, frecvent, la originea perversiunilor se află impotența sexuală care, prin sentimente de eșec și umilință, determină subiectul la a căuta căi anormale de satisfacție instinctuală. Căci orice fenomen biologic are un nivel instinctual, afectiv, rațional, social, etic și cultural de realizare. Disfuncția acestor nivele poate sta la originea perversiunilor, ca mecanism invers al unei organizări naturale a valorilor (subiectul nu atinge nivelul structurii axiologice a comportamentului său, rămînînd la un nivel infrastructural, biologic). De aceea, perversiunile nu sînt numai organice (encefalite, demențe etc.), instinctuale (debilitate mintală, psihopatie etc.), ci și morale (dizarmoniile de personalitate cu agenezia sentimentelor etico-sociale).

Perversiunile sexuale se învață prin engramare de pattern-uri anormale, prin amprentare („imprinting") la vîrste mici sau prin condiționare reflexă.

Din cele de mai sus rezultă dificultatea cuprinderii tuturor perversiunilor într-o definiție acceptabilă. În definiția lui Mannila, prin perversiune se înțelege dispoziția activă de a face un rău intenționat, apelînd în acest scop la resurse de inteligență și imaginație. În spiritul acestei definiții, putem înțelege perversiunea ca o înclinație a unora spre excese. Perversiunile sexuale recunosc însă definiții rigoriste sau liberale, în raport de punctul de vedere științific asupra sexualității umane. În definițiile liberale, numai sexualitatea reproductivă este normală, restul fiind perversiune (Kraft-Ebing, Freud etc.). Freud spunea că sexualitatea pur procreativă, fără afecțiune, este perversiune iar Marcuse spunea invers. Urmărirea plăcerii exclusive devine perversiune și acesta ar fi un exemplu de felul cum cultura decide sensul naturii. Freud definea perversiunea ca o abatere de la scopul actului sexual, care este reproducerea, dar urmărirea plăcerii și secundar a reproducerii este expresia evoluției ontogenetice a sexului la om, numai

disocierea lor voluntară putînd deschide discuţii în sensul considerării sale ca perversiune.

Definiţiile liberale consideră deci ca perversiune orice deviere de la finalitatea reproductivă a sexualităţii umane, fapt contestat de alţii, care pleacă de la realitatea raporturilor sexuale nefecundate faţă de cele fecundate (400/1) şi de la acceptarea faptului că diversitatea dintr-o intimitate nu trebuie considerată perversiune. Ei pretind că a considera sexualitatea nefecundată ca perversiune e ca şi cum ai admite că metafora nu e literatură. În definiţiile liberale, prin perversiune s-a înţeles şi orice abatere de la specificul uman al sexualităţii, şi anume, orice abatere de la sexualitatea consumată într-un context afectiv cultural. După aceste definiţii ar fi perversiune sexualitatea consumată exclusiv biologic, în afara acestor sentimente etico-afective.

Definiţiile rigoriste (restrictive) reduc pe bună dreptate perversiunile la abateri de la fiziologia hetero-sexualităţii şi, în acest sens, sînt şi incriminări legale în majoritatea ţărilor.

Clasificarea perversiunilor

Un act sexual are un subiect, un „obiect" şi un scop. Aceasta a făcut ca perversiunile să includă deviaţii de la obiectul sexual ori de cîte ori acesta este anormal sau deformat ales (masturbare, incest, pedofilie, homosexualitate, zoofilie sau necrofilie) şi de la scopul sexual, ori de cîte ori se deformează fiziologia actului sexual (exhibiţionism, sadism, masochism) sau perversiuni de mod, ce se referă la alte acte sexuale decît cele cu intromisiune vaginală. Prin deviaţii cantitative se înţeleg perversiunile care se consumă în cadrul hiposexualităţii generate de impotenţă, frigiditate sau în cadrul hipersexualităţii (tabelul 61).

Tabelul 61

Clasificarea anomaliilor sexuale (Lacassagne).
(Manifestări morbide ale instinctului sexual)

Variaţii cantitative		Variaţii calitative	
Creştere sau exaltare	Diminuare	Inversiuni	Deviaţii
— Epilepsie — P.G.P. — Onanism automatic — Satiriazis — Nimfomanie — Puerperalitate (manie) — Erotomanie	— Frigiditate — Impotenţă — Lipsa congenitală a apetitului sexual	— Uranism (congenital) — Homosexualitate (cîştigată) — Pederastie — Tribadism	— Sadism — Necrofilie — Vampirism — Bestialitate — Fetişism

Alte clasificări împart perversiunile în autoerotice (masturbare, voaierism, exhibiţionism sau fetişism) şi aloerotice (homosexualitate, zoofilie sau perversiune heterosexuală). H. Ey clasifică perversiunile în anomalii prin deformarea actului sexual (cum ar fi erotizarea cu producerea de dureri), prin deformarea scopului sexual (cînd actului sexual i se dă semnificaţia unui act de substituţie), perversiuni ale obiectului sexual (atragerea către obiecte sexuale), în alegerea partenerului (homosexualitate) sau în deformarea imaginii partenerului (fetişism, homosexualitate).

Clasificări mai noi se referă la anomaliile instinctului sexual (în exces sau minus), ale orientării instinctului sexual (homosexualitate, zoo- sau necrofilie), anomalii heterosexuale (sadism, masochism) sau solitare (fetişism, exhibiţionism). Devierile cantitative nu sînt considerate perversiuni, dar tulburările de pragmatism sexual, care pot fi cel mai puternic detunător al agresivităţii, „pot duce" şi la perversiuni vicariante, de substituire.

Perversiunile sexuale au o frecvenţă social-istorică condiţionată evident de contextul cultural şi social al unei comunităţi umane. În condiţiile în care relaţiile sociale contribuie la canalizarea morală şi culturală a acestei necesităţi biologice, asistăm la o scădere marcată a lor pînă la a deveni nişte stări reziduale, explicate cu precădere de factori patologici.

Hipersexualităţile patologice se întîlnesc în oligofrenii, în debutul paraliziei generale progresive, epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale ale lobilor frontali, manie sau în sindromul Kluver Bucy (de lezare a zonelor limbice), hipertiroidie sau sindrom XYY, tumori, infecţii sau atrofii cerebrale, senilitate, intoxicaţii cu alcool etc. Hipersexualitatea se poate afla la originea unor acte sexuale violente, la originea unor constrîngeri la perversiune de către bărbaţi sau la originea unor stări patologice de tipul erotomaniilor, explicate la femei de vulvite, ovarite sclerochistice, traumatisme cranio-cerebrale etc.

Hiposexualitatea se întîlneşte ca perversiune sub forma castităţii patologice (blocarea organelor sexuale cu diferite mecanisme în scopul de a împiedica relaţiile sexuale) sau a hiposexualităţii care deviază în echivalenţe sexuale (exemplu impotenţa sexuală ce deviază în perversiuni sexuale).

Incestul este o perversiune sexuală ce rezidă în întreţinerea de relaţii sexuale între rude apropiate (incest paterno-filial, fraterno-fraternal, materno-filial) şi care este generat de factori biologici, subculturali, de promiscuitate, etilism cronic etc. De aceea, incestul se întîlneşte mai frecvent la etilicii cronici, debilii mintali sau chiar la psihotici. Incestul materno-filial presupune întotdeauna o psihoză de tipul schizofreniei, cu motivaţie patologică în acordarea de protecţie sexuală fiului bolnav. Prohibiţia incestului a fost prima regulă socială ce a frînat instinctul şi a încurajat cultura (Cl. Levy-Strauss), făcînd astfel trecerea de la natură la cultură, sîngele mamei devenind un simbol sacru. Descendenţa incestuoasă ajunge la deces precoce, deficit mintal, încît evitarea consangvinizării a favorizat diversitatea biologică şi prin aceasta evoluţia spre hominizare a speciei. Într-o atare motivaţie, incestul rămîne una din cele mai monstruoase perversiuni.

Perversiunile heterosexuale recunosc constrîngeri ale partenerului de sex opus la acte sexuale aberante, aşa cum ar fi constrîngerea femeii la raporturi sexuale anale, interfemurale etc.

Masturbarea devine perversiune deoarece prin excesul ei constituie o sursă de anxietate crescîndă. Ca stare parafiziologică, de vîrstă, masturbarea poate deveni patologică prin repetare, ducînd la nevroze obsesive (nevroza devine reflexul perversiunii şi invers), datorită efortului imaginativ legat de consumarea sexualităţii. Se întîlneşte frecvent la structuri oligoide, personalităţi fragile, timide etc. şi deseori coexistă cu heterosexualitatea. În cazuri patologice, masturbarea se efectuează în locuri ascunse, în prezenţa copiilor, a vizionării actelor erotice ale unor terţe persoane etc. Iată o astfel de relatare: „în copilărie am fost foarte timid şi afectuos. La 15 ani, văzînd pe cineva masturbîndu-se, l-am imitat, continuînd de mai multe ori pe zi, epuizîndu-mi nervii şi trupul. Ocoleam sexul feminin, eram izolat şi irascibil". Şi cum această perversiune poate genera impotenţa sexuală, iată ce se arată în continuare: „am avut apoi primul eşec sexual, reproşîndu-mi-se şi rîzîndu-se de mine. M-am

interesat și adresat diferitor reviste după șocul profund determinat de eșecul suferit. Mi s-a răspuns că trebuie să nu mă mai masturbez, să găsesc o parteneră cu care să creez, în prealabil, un climat de intimitate și să nu mă mai concentrez asupra mea, ci asupra ei. Eșecurile se repetau și din cauza emoției și fricii că nu voi reuși, transpiram, aveam dispnee, tahicardie etc. Ironiile partenerei amplificau umilința mea. Eșecul era preocuparea mea esențială, obsedantă, chinuitoare. Laudele unor prieteni accentuau sentimentele mele de inferioritate. Descurajat de diferite terapii, m-am izolat de oameni și am devenit sensibil la cele mai mici defecte. Sexul opus nu mă mai atrage. Teoretizez pe marginea raportului bărbat-femeie și lumea crede că la mine dorința este sublimată, spiritualizată. Nimeni nu bănuie că teoretizez tocmai pentru că nu realizez. Mă supun cu umilință și revoltă acestui destin care este natura mea și mă întreb de ce este așa. O să regret pînă la moarte acest obicei blestemat". Se vede, din cele de mai sus, influența masturbării, ca tulburare parafiziologică ce poate deveni perversiune, asupra genezei și permanentizării unei tulburări de dinamică sexuală de tipul impotenței sexuale. Deseori onanismul (masturbarea) este partajat cu practici homosexuale. Pornografiile, vestimentația strînsă etc. generează tulburări psihosomatice sau psihiatrice ca timiditatea, anxietatea, sentimente de inferioritate și incapacitate pînă la pierderea contactelor cu lumea.

Voaierismul este infracțiunea de pervertire sexuală prin masturbare sau acuplare fiziologică numai la vederea actelor sexuale ale unor terțe persoane. Ea este inversul exhibiționismului și deseori subiectul caută împrejurările favorabile pentru a recurge la pervertire. Cînd raporturile sexuale se consumă în fața altora, devin un dublu exhibiționism. Deseori este o intricare de vicii și infirmitate, ca la bolnavii cu afecțiuni genito-urinare.

Exhibiționismul este perversiunea de expunere a corpului sau organelor genitale în public, putînd lua forma exhibiționismului minor (exagerările modei) sau major (expunerea în public a organelor genitale). Etiologic, exhibiționismul poate fi simptomatic ca în debilitatea mintală, epilepsia temporală, senilitate, stări confuzionale, demență, alteori impulsiv ca în psihopatii și etilism cronic, după cum poate fi și nevrotic sau de tip provocator. Alte clasificări includ exhibiționismul psihotic, epileptic (cu amnezie), neurastenic, psihopatic sau ca echivalență de raport sexual. Nu rareori apare ca o simplă obsesie fără plăcere sexuală. Alteori se expun în public diferite proteze sexuale. Kraft Ebing l-a definit ca o expunere ostentativă în public a organelor genitale în fața unei persoane de sex opus. Victime sînt femeile și copiii. Poate fi și o expresie a narcisismului (orgoliului și nevoii de admirație libidinală a propriului corp) (fig. 282).

Fig. 282. Exhibiționism în pictura lui Toulouse-Lautrec.

Fetișismul este perversiunea care se consumă numai în prezența unor obiecte sexuale (lenjerie, fotografii etc.) aparținînd sexului opus, atare lucruri servind

ca obiect minor (îndeplinirea actelor sexuale numai în prezența unui obiect aparținînd sexului opus) sau major (cînd obiectul capătă valoarea unui fetiș, devenind un scop în sine, iar partenerul sexual dispare undeva înapoia acestui fetiș). Fetișismul, ca și masturbarea, se condiționează psihic, exemplele fiind numeroase în acest sens. Aici valoarea erotică a partenerului se reduce la obiectele lui pe care deseori bolnavii le colecționează.

Masochismul este perversiunea prin care subiectul activ nu poate indeplini un act sexual fără a fi „maltratat" într-o formă oarecare, de către partenerul pasiv. Actele de flagelare sau chiar vătămare corporală devin condiția principală a obținerii satisfacției sexuale (orgasmului). Este vorba aici de o erotizare a durerii ca expresie frecventă a imoralității.

Sadismul este perversiunea prin care, dimpotrivă, subiectul activ nu poate obține gratificația sexuală dacă nu produce vătămări sau suferințe subiectului pasiv. Sadismul poate fi mic, ori de cîte ori partenerului pasiv i se produc suferințe morale, sau mare, cînd i se produc suferințe fizice care pot merge pînă la crimă. Satisfacția sexuală crește odată cu intensitatea vătămărilor și, deseori, raportul sexual are loc în plăgile produse. Leziunile sadice se caracterizează prin multitudinea lor, precum și prin centrarea lor în jurul sînilor și organelor genitale. De asemenea, pe măsură ce victima imploră mila agresorului, pe aceeași măsură crește și cruzimea sa. Sadismul este, cu precădere, apanajul structurilor psihopatice de personalitate, în care apare ca o afirmare de sine prin negarea altuia.

Bestialitatea este o perversiune sexuală ce constă în întreținerea de raporturi sexuale cu animale, motiv pentru care se mai numește și zoofilie. Perversiunea este apanajul debilității mintale, demenței sau psihozei.

Prin pedofilie (atracție sexuală către copii) se înțelege coruperea copiilor la obscenități sexuale, la acte de atingere sexuală sau chiar exercitarea de violențe sexuale, așa cum se întîmplă în cadrul involuțiilor presenile și senile. Alte cauze patologice sînt traumatismele craniene, encefalitele și poate fi ocazională, ambivalentă sau exclusivă. Gerontofilia este, dimpotrivă, atracția sexuală către bătrîni și se observă mai ales la nevrotici, psihastenici, impotenți sexuali etc.

Necrofilia este una din perversiunile ce implică efectuarea de rapoarte sexuale cu cadavre. Ea se întîlnește în schizofrenie, demențe sau psihopatie, situație în care se creează o deformare mintală a obiectului sexual, în sensul necesității de a evita sentimentele de umilință prin senzația de posesiune totală a unui obiect sexual inert.

Homosexualitatea este perversiunea cea mai frecventă și constă în întreținerea de relații sexuale cu persoane de același sex. Ca și sadismul, homosexualitatea este o tulburare de personalitate prin excelență, deși poate avea cauze genetice, hormonale sau organice (fig. 283, 284). Între cauzele de ordin situativ, trebuie menționate dificultățile de acuplare heterosexuală, iar între cauzele de ordin psihologic, eșecul experienței heterosexuale. Ea devine astfel o opțiune afectivă și sexuală patologică, a cărei formă infantilă de reprimare și refulare anxioasă și obsedantă se introduce în personalitatea subiectului. Homosexualitatea devine astfel o impotență psihică pentru sexul opus, datorită fie disfuncțiilor sexuale de tipul impotenței sexuale, fie unor greșeli de educație sexuală (educație sexuală în repulsie sau prin pedepse severe pentru orice atracție sexuală etc.). Homosexualitatea este o deviație, atît de la obiectul cît și de la scopul sexual, deoarece satisfacția sexuală nu se obține decît cu persoane de același sex.

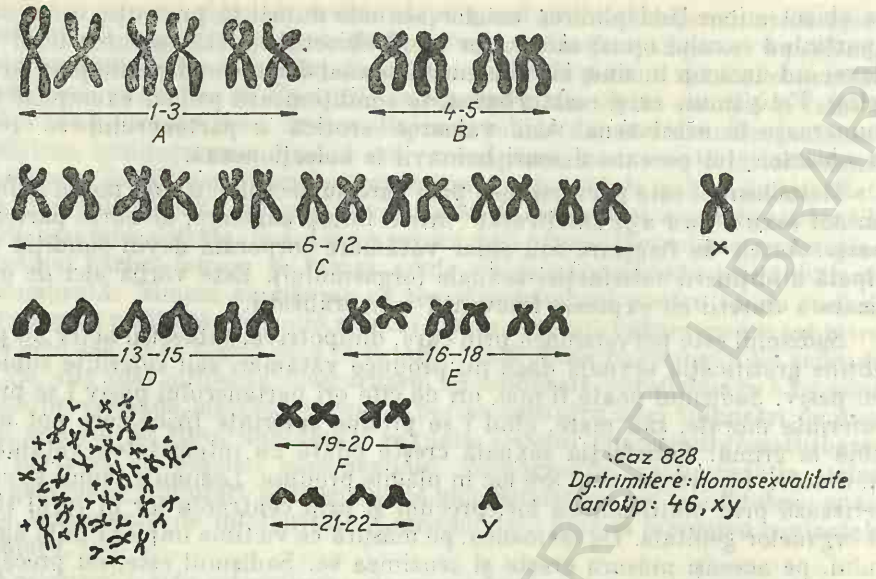


Fig. 283. Cariotip normal în homosexualitatea masculină.

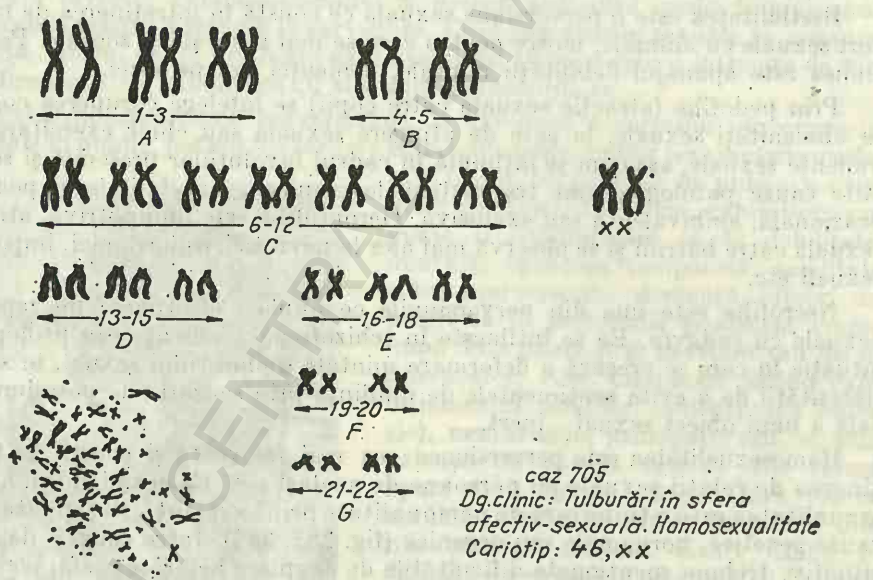


Fig. 284. Cariotip normal în homosexualitatea feminină.

Homosexualitatea poate fi activă, pasivă sau mai frecvent mixtă, cînd partenerii sînt, pe rînd, subiect activ şi pasiv (fig. 285, 286). Ea se consumă mai frecvent prin acte anale (de aceea se mai numeşte şi pederastie) iar sub aspect evolutiv poate fi cu incontinenţă totală (cînd subiectul nu mai poate reveni la acte heterosexuale) şi cu incontinenţă parţială (cînd subiectul este apt de a reveni la heterosexualitate). Alteori este vorba de bisexualitate cînd subiecţii întreţin paralel atît relaţii hetero- cît şi homosexuale şi ejacularea

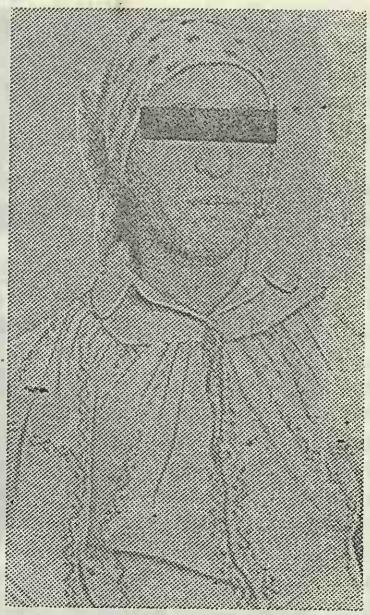


Fig. 285. Homosexualitate cu travestitism.

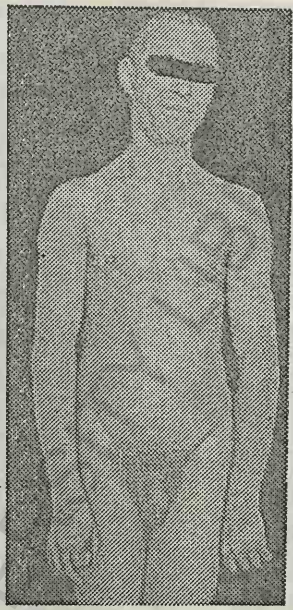


Fig. 286. Fenotipul cazului din fig. precedentă.

se obține prin reprezentarea mintală că partenerul e de același sex. În sfîrșit, homosexualitatea poate fi situațională (datorită unor privațiuni ce împiedică acuplarea heterosexuală) sau habituală, cînd devine un fel de „cale a vieții". La femei se mai numește și safism, lesbianism sau tribadism. Homosexualitatea e un fel de mixtură etiologică de factori înnăscuți, dar îndeosebi psihologici, culturali și situaționali (în 40 % situațională). În circa 5 % din cazuri, homosexualitatea se structurează ca o deviere definitivă, subiectul consumînd-o într-un context afectiv, apt de a genera acte de gelozie și chiar crime homosexuale. Diagnosticul acestei perversiuni se referă la afirmarea stării de homosexualitate și la cea de flagrant delict. Diagnosticul de homosexualitate obligă la efectuarea unor explorări pentru eliminarea unor cauze genitale, hormonale sau organice, care pot explica devierea, precum și a unui examen clinic ce atestă constituția și comportamentul homosexual: vestimentația, manierele ginoide, acceptarea unor profesiuni care facilitează homosexualitatea, înțelegerea și realizarea actului homosexual prin simple atingeri corporale, limbajul simbolic, gelozia homosexuală etc. Constatarea acestor trăsături psihopatologice a făcut să se spună că „homosexualul are un suflet de femeie într-un corp de bărbat". Unii ajung la adevărate căsătorii homosexuale cu legăminte pentru toată viața. În homosexualitățile cronice se poate întîlni o incontinență și o relaxare sfincteriană anală cu fisuri și/sau cheratinizarea anusului. Modificările sînt însă nespecifice și nu pot fi luate izolat în sprijinul diagnosticului de homosexualitate. Diagnosticul de flagrant delict implică constatarea de spermatozoizi în ampula rectală a partenerului pasiv și a unor elemente de tipul celulelor vegetale, fibrelor musculare, ouălor de paraziți etc. din ampula rectală a partenerului pasiv pe organele genitale ale partenerului activ.

Transsexualismul este o perversiune sexuală care are de asemenea o formă minoră, ce se rezumă la o simplă travestire corporală (travestitismul), și o formă

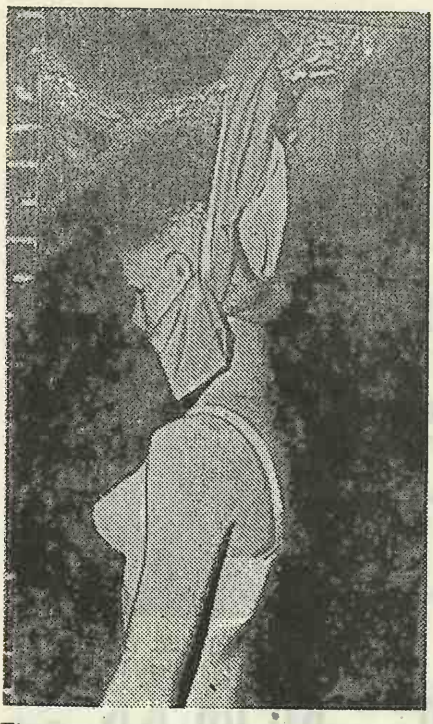


Fig. 287. Spînzurare accidentală sexopatică (F. Walsh).

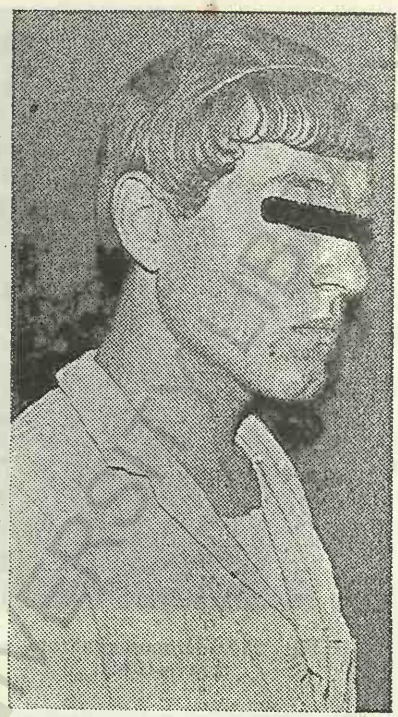


Fig. 288. Transsexualism.

majoră, ce expirmă dorința debarasării de organele genitale existente (transsexualismul) (fig. 287, 288).

Transsexualismul a fost definit de Benjamin ca o dorință obsesivă a unui subiect de sex determinat de schimbare a sexului, în concordanță cu un sentiment intim și autentic de apartenență la alt sex și cu dezgust pentru propriile organe genitale. Ei se consideră o victimă a naturii, trăiesc „două vieți în același corp" și anomalia se poate explica psihogenetic, ca un viciu de educație și accident psihologic de identificare la vîrsta de 4—5 ani, sau se poate explica psihiatric ca o stare delirantă în cadrul paranoiei sexuale sau a schizosexopatiei. Transsexualismul ar avea o frecvență de 1/5 000 la bărbați și 1/400 000 la femei, fiind, în esență, o tulburare de personalitate ce rejetă sexul ontogenetic și solicită imperios schimbarea sexului pe cale chirurgicală, alături de intervențiile estetice pendinte. Descris ca o discordanță între identitatea sexuală și rolul sexual a fost denumit și disforie sexuală, o *mens insana in corpore sano*, evoluînd în trei stadii: stadiul cu sentimente de apartenență la sexul opus, stadiul de dorință a unor caractere opuse și stadiul debarasării de organele genitale. Travestitismul și transsexualismul pot fi simptomatice, ca de exemplu în homosexualitate, epilepsii de lob temporal, psihoze, abuz de amfetamine și mai ales în psihopatii, și esențiale, cu inconfort privind sexul anatomic, dorință de debarasare de sexul existent, absența intersexualității și anomaliilor genitale, absența bolilor psihice și altor perversiuni. De aici rezultă că diagnosticul diferențial se va face cu stările intersexuale, stările delirante, homosexualitatea etc. sau cu transsexualismul simptomatic ca soluție

la dificultăţile sexuale. Cum sexul face parte din statutul juridic al oricărei persoane, deoarece determină condiţia juridică în vederea unei căsătorii, a satisfacerii unor obligaţii sociale precum şi accesul la diferite profesiuni sau competiţii sportive, cunoaşterea şi atitudinea medico-socială şi deontologică faţă de transsexualism devin importante în scopul unei conduite sociale şi civile adecvate.

În etiologia transsexualismului se reţine atitudinea psihologică a anturajului în momentul prizei de conştiinţă a sexului de către copil. Faptul dă suport constatării că „sexul este o problemă mai mult de memorie decît de potenţă" precum şi rolului modelelor culturale în conturarea sexualităţii normale. Iată o astfel de relatare: „Mama m-a crescut ca o fetiţă. Mi-a confecţionat aceleaşi rochiţe ca şi ale actriţei..... Mă purta cu păr lung şi bucle. Cînd la 16 ani am îmbrăcat haine bărbăteşti, m-am simţit nefericit şi, dimpotrivă, cînd un bărbat mi-a făcut curte, m-am simţit în pielea mea. Cînd dansam cu el mă temeam să nu mi se recunoască adevărata identitate. Deşi chirurgul m-a prevenit că succesul nu este garantat, am preferat să înfrunt riscul, în faţa eşecului de a trăi ca pînă atunci. Cînd m-am trezit din operaţie eram fericit. Mă simţeam ca o pasăre scăpată din cuşcă." Chiar dacă destinul acestor subiecţi rămîne caricatural, condiţia lor medicală necesită a fi analizată, în scopul unei atitudini terapeutice şi civile adecvate, deoarece, totdeauna sexul fenotipic, aparent, trebuie să condiţioneze pe cel social şi civil. Alte ipoteze etiologice sînt cele somatogene (impregnarea hormonală prenatală a hipotalamusului), psihogene (delir disforic de gen, de identitate sexuală, tulburare a identităţii sexuale din copilărie cînd matricea sexuală o dă mediul şi identificarea are două faze, izo- şi alosexuală, în raport de modelele oferite).

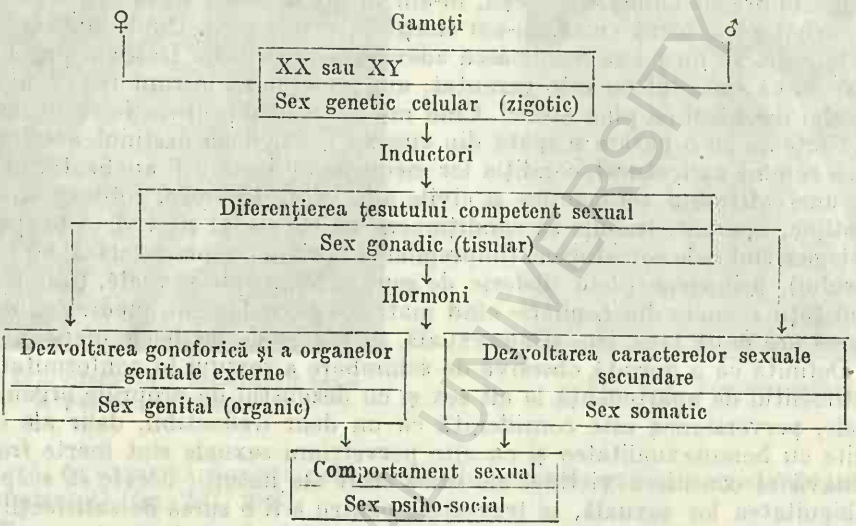
Definită ca o dorinţă obsesivă de schimbare a sexului în conformitate cu sentimentul de apartenenţă la alt sex şi cu dezgustul de propriile organe genitale, perversiunea este considerată ca un delir ireductibil, delir ale cărui limite cu homosexualitatea şi cu alte perversiuni sexuale sînt foarte fragile. Bolnavii se consideră victime ale unor erori ale naturii, doresc să scape de ambiguitatea lor sexuală, se travestesc pentru a fi o sursă de satisfacţii erotice şi în final solicită debarasarea chirurgicală de propriile organe genitale, iar dacă intervenţia se refuză, recurg la automutilare (emasculări „artizanale") sau suicid. Ori de cîte ori se constată modificări genetice, gonadice, hormonale sau malformative, va trebui precizat dacă transsexualismul nu este apanajul unei intersexualităţi. Deseori însă subiecţii îşi administrează în mod clandestin hormoni care explică ginecomastia, atrofia testiculară, modificarea vocii sau accidentele de tipul trombozelor hepatice, arsurilor după roentgenepilaţie etc. După intervenţii bolnavii iau aspect de pseudohermafroditism android (testicul feminizant).

Transsexualismul ridică probleme juridice, printre care caracterul licit al unor astfel de intervenţii, recunoaşterea juridică a schimbării sexului precum şi condiţia de sex în caz de căsătorie. Liceitatea intervenţiei obligă la consimţămînt valabil şi nu se vor frustra interese militare, sociale etc. Intervenţia va fi impusă de necesitate (evitarea suicidului, automutilării, psihozei). Altfel, consimţămîntul este nul şi nu înlătură caracterul penal al faptei. Oricum, interesul salvat va fi superior celui sacrificat. Recunoaşterea juridică a noului sex obligă la rectificarea actelor de naştere pentru eroare de înregistrare. Căsătoria după intervenţie e nulă deoarece violează obligaţia de fidelitate şi de informare reală asupra stării de sănătate. În patru cazuri analizate, subiecţii, care trăiau convingerea ireductibilă de apartenenţă la sexul opus, solicitau imperios intervenţia chirurgicală, chiar dacă existau posibilităţi de întărire a sexului psihologic în conformitate cu sexul fenotipic.

Prin stări intersexuale se înțelege coexistența la același subiect a unor atribute morfologice, fiziologice, cromozomiale sau psihologice aparținînd ambelor sexe. În mod normal, sexul este definit ca ansamblul caracterelor celulare, morfologice sau psihologice ce deosebesc un bărbat de o femeie. Sexul este un bilanț ce rezultă din juxtapunerea elementelor genetice, cromozomiale, gonadice, gonoforice, hormonale, somatice, psihologice sau sociale ale sexului. Dizarmonia acestor nivele constituie o intersexualitate de natură genetică, gonadică, gonoforică, somatică, psihologică sau socială (tabelele 62, 63). Ini-

Tabelul 62

Diferențierea sexuală umană (Moraru — Diculescu)



Tabelul 63

Nivele ale diferențierii sexuale (Moraru — Diculescu)

Nivel	Factori de diferențiere
Genetic	Gameți XX sau XY ↓ Sex zigotic celular
Gonadic	Inductori ↓ Diferențierea țesutului sexual specific (gonadic, tisular)
Gonoforic	Hormoni ↓ Dezvoltarea căilor genitale (sex genital)
Somatic	Hormoni ↓ Dezvoltarea caracterelor sexuale secundare (sex somatic, organic)
Psihologic	Modele ↓ Comportament sexual (sex psihologic)
Social	Valori culturale, obiceiuri ↓ Statut sexual social (sex social)

ţiat de cromozomi, sexul se desăvîrşeşte prin hormonii specifici care diferenţiază tractusul homogametic şi fac să regreseze tractusul heterogametic. Sexul normal exprimă concordanţa atributelor menţionate la nivel genetic, gonadic, gonoforic, somatic sau psihologic. Orice discordanţă a nivelelor menţionate, deci între genotip şi fenotip, este în măsură să realizeze o intersexualitate al cărei diagnostic are deosebită importanţă în precizarea sexului civil. Cum sexul unui individ este deci un bilanţ care rezultă din juxtapunerea elementelor genetice, cromozomiale (fundamentale), gonadice, gametice, gonoforice, hormonale, somatice, psihice şi sociale, clasificarea intersexualităţilor apare dificilă, încît orice dizarmonie dintre nivelele primare, secundare şi terţiare ale sexului poate constitui o intersexualitate ce trebuie să reţină atenţia medicului (tabelele 64, 65).

Tabelul 64

Sindroame intersexuale (Saragea)

Denumirea	Simptomatologie	Factori etiopatogenici
Hermafroditism adevărat	— Organe genitale externe cu diferite grade de intersexualite: — tip masculin: hipospadias; absenţa testiculilor în scrot — tip feminin: clitoris hipertrofic; vulvă hipoplazică — Orientarea psihosexuală dependentă de factori educaţionali. Uneori se reclamă schimbarea legală a sexului	— Bisexualitate gonadică: — ovotestis bilateral sau unilateral (contralateral ovar sau testicul) — pe o parte ovar, contralateral testicul (hermafroditism alternant) — sex genetic masculin sau feminin
Pseudohermafroditism (gonade în concordanţă cu sexul genetic; organele genitale externe evocă sexul opus)	Tipul feminin: — subiecţi purtători de ovare, trompe şi uter; — organele genitale externe sînt masculine Tipul masculin: — criptorhidie inghinală sau abdominală — organe genitale externe feminine — comportament feminin: uneori există raporturi sexuale şi căsătorie — aspect somatic feminin (sîni dezvoltaţi) — Sterilitate	— Impregnare cu hormoni androgeni — Hiperplazie suprarenală congenitală — Transplacentară — Fără cauză hormonală decelabilă — Cariotip XY — Insuficienţă funcţională a testicululuı ectopic
Ginecomastii izolate	— Dezvoltare sexuală şi aspect somatic de tip masculin, în limite normale — Hipertrofie a mamelelor ce apare la pubertate	— Testiculi normal dezvoltaţi — Eliminări normale de 17-ceto-steroizi
Intersexualităţi psihice	— Anomalii de conduită sexuală (homosexualitate) — inversiune sexuală la bărbaţi { manifestă sau facultativă (ambisexualitate) — lesbianism la femei — Transsexualism (sentiment al apartenenţei la celălalt sex) — Travestitism (dorinţa erotică de a se îmbrăca ca un subiect de sex opus)	

Stări intersexuale (după Mossinger)
(Prezența la același subiect de atribute morfologice, fiziologice, cromozomice și psihologice ale celor două sexe)

I. STĂRI INTERSEXUALE MORFOLOGICE

A. Morfologice congenitale

1. Hermafroditism adevărat
   - bilateral (ovotestis + ovotestis)
   - alternativ
     - ovotestis + ovar
     - ovotestis + testicul
     - testicul + ovar
2. Agenezia (aplazia) gonadală (Turner 1)
3. Pseudohermafroditism androginoid

Clasificare anatomică Pozzi:

a) Pseudohermafroditism androginoid complet
   - Turner 3
   - Klinefelter
   - s. del Castillo
   - Klinefelter cu cromatina masc.

b) Pseudohermafroditism androginoid intern (căi genitale feminine)
c) Pseudohermafroditism androginoid extern (căi genitale externe feminine)

Clasificare patogenică:

a) Sindrom Turner 2 cu displazie testiculară
b) Pseudohermafroditism androginoid cu hipotrofie testiculară precoce
c) Pseudohermafroditism androginoid cu hipotrofie testiculară tardivă
d) Pseudohermafroditism cu ectopie testiculară
   — cu căi genitale feminine
   — sindrom Moris (testicul feminizant)
e) Pseudohermafroditism minor cu feminizare

4. Pseudohermafroditism ginandroid
   a) Pseudohermafroditism ginandroid complet
   b) Pseudohermafroditism ginandroid intern (căi genit. masc.)
   c) Pseudohermafroditism ginandroid extern (organe genitale externe masculine).

Clasificare patogenică:

a) Pseudohermafroditism ginoid congenital prin hiperplazie suprarenală
b) Pseudohermafroditism ginoid congenital prin arenoblastom
c) Pseudohermafroditism ginoid congenital prin terapie cu androgeni
d) Pseudohermafroditism ginoid congenital prin hiperplazia Leydig
e) Sindrom Klotz
f) Turner 4 și Turner 5

B. Stări intersexuale morfologice acute:

1. Sindrom de masculinizare prepubertară
2. Sindrom de masculinizare postpubertară
   - virilism tardiv
   - S. Cushing
   - S. Stein-Leventhal
3. Sindrom de feminizare

II. STĂRI INTERSEXUALE HORMONALE

1. Sindrom de hipersecreție estrogenică la bărbați
2. Sindrom de hipersecreție androgenică la femei

III. STĂRI INTERSEXUALE CROMOZOMIALE

1. Sindromul Klinefelter
2. Sindromul Turner
3. Sindromul Morris etc.

IV. STĂRI INTERSEXUALE PSIHOLOGICE

1. Homosexualitate masculină
2. Homosexualitate feminină

1. Homosexualitate fără stigmate organice sau fiziologice
2. Homosexualitate cu stigmate organice sau fiziologice

1. Homosexualitate adevărată (exclusivă)
2. Homosexualitate accidentală

Clasificare Gicse:

— Homosexualitate latentă (refulată)
— Homosexualitate cu contenență parțială
— Homosexualitate ocazională, reacțională
— Homosexualitate ocazională de dezvoltare
— Homosexualitate habituală (regulată)

După unele clasificări, tulburările sexuale implică intersexualitățile simultane (un subiect cu elemente masculine și feminine), alterne (începe ca băiat și devine fetiță) și intersexe (între bărbat și femeie ca hermafroditismul), hipersexualizările și hiposexualizările.

Se știe că sexualizarea normală implică determinarea sexuală genetică, structurarea gonadei în lunile I, II cu formarea goniilor primordiale, structurarea organelor genitale interne și ductelor Wolf pentru băieți și Müller pentru fete, structurarea sinusului uro-genital și organelor genitale externe, structurarea neurocomportamentală și pubertară.

Anomaliile de identitate sexuală merg de la hermafroditism la transsexualism care este o tulburare relațională, încît constituie ambiguitate sexuală orice discordanță între aspectul organelor genitale externe și sexul real al individului. Ca regulă generală, procesele patologice ce intercepteză diferențierea sexuală înainte de luna a II-a, cînd gonada este ambisexuală, duc la constituirea unui hermafroditism în care subiectul va avea un comportament masculin sau feminin (deseori pervertit), după posibilități și împrejurări. Hermafroditus era fiul lui Hermes și Afrodita, cuprins în brațe de o nimfă atunci cînd se scălda, unindu-li-se trupurile pentru totdeauna și în loc apărînd o ființă de ambele sexe. El poate fi de 4 tipuri, în primele trei fiind considerat fetiță iar în ultimul tip ca băiat criptorhidic cu hipospadias. Ori de cîte ori procesul patologic intercepteză diferențierea sexuală după luna a II-a, cînd gonada este deja formată, realizează disgeneziile gonadale cunoscute (pseudohermafroditismul android sau ginoid), unde orientarea sexuală a subiectului depinde și de factorii de mediu (tabelul 66). Pseudohermafroditismul feminin implică un sex genetic, gonadic și gonoforic feminin în prezența unor organe genitale externe masculinoide. El este de origine endocrină (hiperplazie suprarenală, tumori virilizante, cauze iatrogene) și extraendocrină (teratologică). Sînt de fapt niște femei masculinizate. Pseudohermafroditismul masculin implică un cariotip XY și organe genitale externe și interne feminine și poate fi cu organe externe feminine, cu organe externe și interne ambigue și cu organe externe masculine și interne feminine (exemplu, sindromul Reifenstein al testicululuí rudimentar, testicululuí feminizant, anorhidiei). Sînt de fapt niște bărbați incomplet masculinizați.

Diagnosticul unei intersexualități se cere în situații de sex incert și obligă la epuizarea unor explorări de tipul testului Barr, cariogramei, examenului morfoscopic (cercetarea antropometrică a unor segmente corporale cu coefi-

Tabelul 66

Diagnosticul nivelului de diferențiere sexuală (după L. Dérobert)

Nivelul de structurare a sexului	Procedeu de explorare	Rezultate	
		Bărbați	Femei
Genetic	Cariotip Corpuscul Barr	46 XY negativă	46 XX pozitivă
Gonadic	Biopsie	Testicul	Ovar
Gonoforic	Clinic Radiologie, laparatomie exploratrice	Epididim, deferent, vezicule seminale	Vagin, uter, trompe
Genital	Clinic Radiologic	Penis, scrot	Vulvă, vagin
Genetic	Spermogramă Frotiu vaginal, biopsie de endometru	Spermatozoizi	Ovulația prezentă
Hormonal	Menstruație Secreții Hormoni	— Androgeni	 Oestrogeni
Morfologic	Schelet și musculatură Panicul adipos Morfograma Decourt-Doumic Glande mamare Laringe Pilozitate facială Pilozitate pubiană	Puternică Deasupra centurii Masculină Nedezvoltate Voce groasă Prezentă Rombică	Slabă Sub centură Feminină Dezvoltate, susceptibilitate de lactație Voce subțire Absentă Triunghiulară

cient de sexualizare maximă), explorărilor hormonale, psihologice etc. (fig. 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298) (tabelul 67).

Criteriile morfologice externe sînt insuficiente sau false în diagnosticul de sex. Pe baza inspecției organelor genitale externe se poate greși ușor. De aceea, criteriul genetic de diagnostic rămîne esențial.

Etiologia intersexualităților este psihiatrică, didactică (identitatea sexuală se învață ca și limbajul), hormonală (intervenția hormonilor masculinizanți la femeie și blocarea efectelor androgenilor de bărbați), neurologică (epilepsii de lob temporal), iatrogene (abuz de amfetamine etc.). Alte cauze pot fi consangvinitatea, vîrsta mamei, factori mezologici ca radiații, HIN, cortizon, inflamații ale glandelor endocrine etc. O astfel de orientare etiologică condiționează explorările necesare: se începe cu pedigriul, măsurătorile antropometrice, organele genitale externe și se continuă cu dozările hormonale, laparotomia (la nevoie), uretroscopia și uretrografia, spermograma, cariotipul și cromatina sexuală etc.

Implicațiile legate de definirea corectă a sexului civil trebuie să determine la cunoașterea reală a conduitei terapeutice. Orice tratament se va aplica înainte de pubertate, pentru a nu eșua. Conduita terapeutică se stabilește în echipă și vizează:

— îndepărtarea elementelor aberante prin hormonoterapie homo- sau heterologă ori prin intervenție chirurgicală;

— plecînd de la rolul primordial pe care-l are sexul genetic și gonadic în evoluția ulterioară a sexului și

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

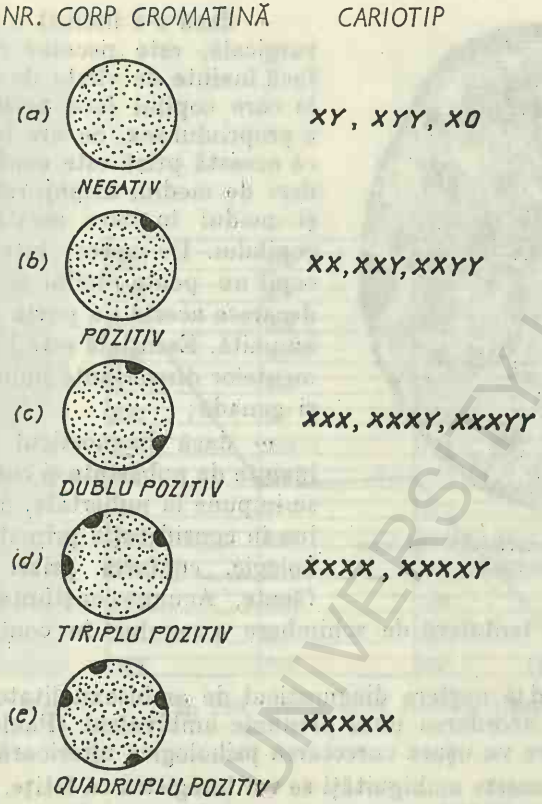


Fig. 289. Cromatina sexuală în funcţie de cariotip.

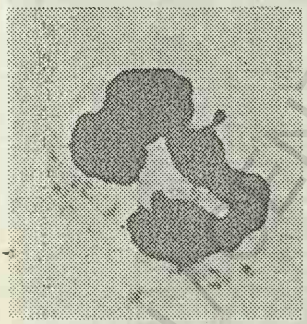


Fig. 290. Drumstick.

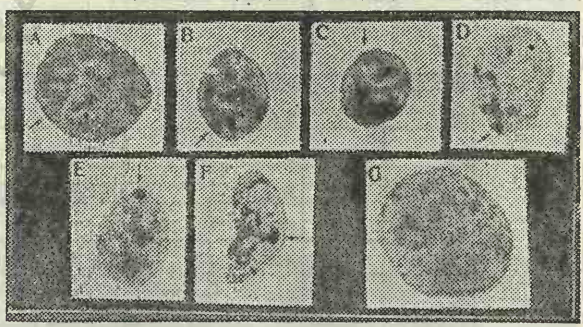


Fig. 291. Cromatina sexuală în frotiul bucal. Coloraţie Feulgen. X 900, A → F = femeie; G = bărbat.

— vizînd realizarea unei sexualităţi armonioase, conformă cu elementele predominante din fenotip.

În scopul realizării acestor obiective, se vor respecta cîteva reguli esenţiale printre care:

— necesitatea stabilirii diagnosticului de intersexualitate cît mai aproape de naştere, prin metodele de explorare enunţate, deoarece simpla inspecţie a conformaţiei organelor genitale externe nu este totdeauna suficientă;

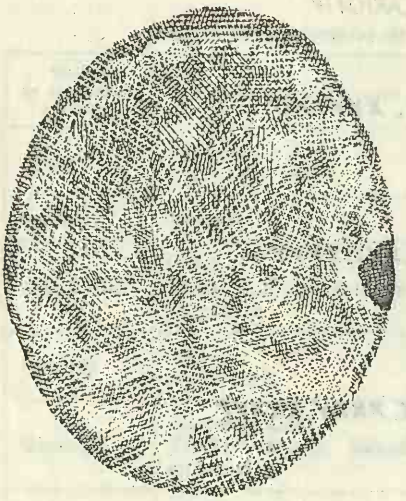


Fig. 292. Aspectul morfologic al cromatinei sexuale.

— dacă s-a indicat o intervenție chirurgicală, este necesar ca aceasta să se facă înainte de vîrsta de 3—4 ani, vîrstă la care copilul face priza de conștiință a propriului sex. Se are în vedere faptul că această priză este conferită cu precădere de mediul înconjurător, de anturaj și modul în care acesta se adresează copilului. De aceea, într-o relatare, un copil nu poate defini sexul altui copil, deoarece acesta nu purta o îmbrăcăminte anumită. Esențială este îndepărtarea elementelor discordante indicate de cariotip și gonadă;

— dacă diagnosticul nu s-a stabilit înainte de pubertate și corectarea sexului se impune la pubertate, orice terapie va lua în considerație primatul sexului psihologic, conform prizei de conștiință făcute. Acum, conștiința sexului fiind deja fixată, orice tentativă de schimbare a sexului, în contrast cu această priză, poate eșua;

— atunci cînd la naștere diagnosticul de ambisexualitate este dificil, se poate recurge la acordarea unui prenume ambivalent (Paul-Paula, Adrian-Adriana etc.), care va ușura corectarea psihologică ulterioară;

— în general, aceste ambiguități se vor înregistra ca fetițe, deoarece la majoritatea intersexualităților comportamentul sexual înnăscut este feminin și la cele de natură corticosuprarenală evoluția este tot către sexul feminin, indiferent de organele genitale externe;

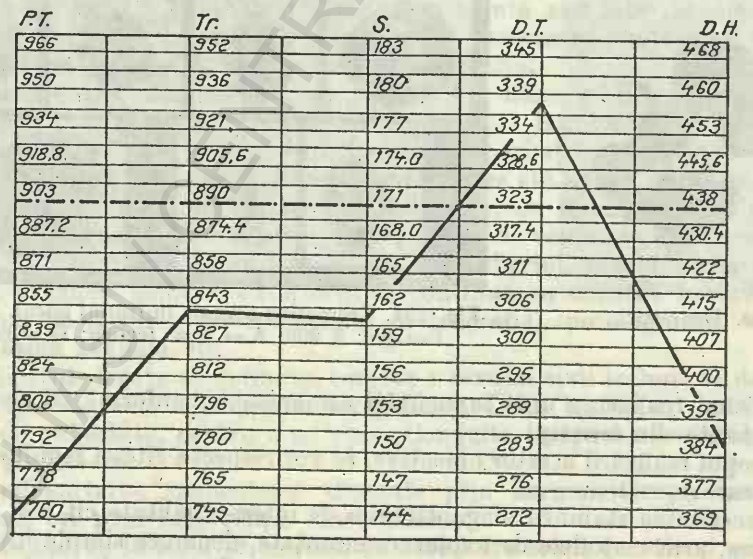


Fig. 293. Morfogramă Decourt-Doumic la femeie.

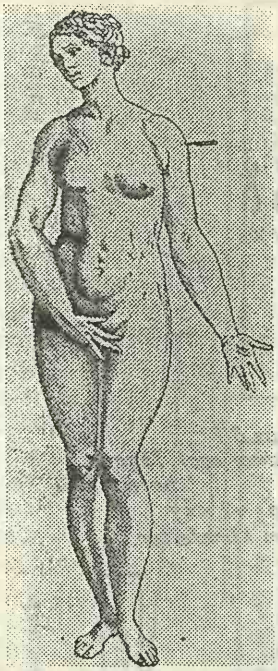


Fig. 294. Fenotip ideal (Vesalius).

P.T.	Tr.	S.	D.T.	D.H.
900	999	191	400	457
886	984	188	394	450
872	968	185	387	443
858	952	182	381	436
844	936	179	375	428
830	921	176	369	421
816	905	173	362	414
802	889	170	356	407
788	874	167	350	400
773	858	164	343	392
759	842	161	337	385
745	827	158	331	378
731	811	155	325	371
717	795	152	318	364

Fig. 295. Morfogramă Decourt-Doumic la bărbat.

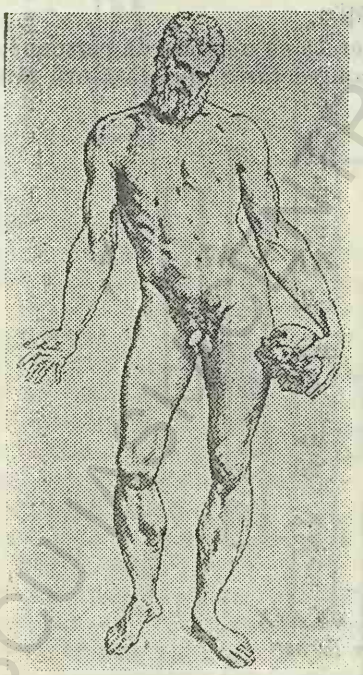


Fig. 296. Fenotip ideal (Vesalius).

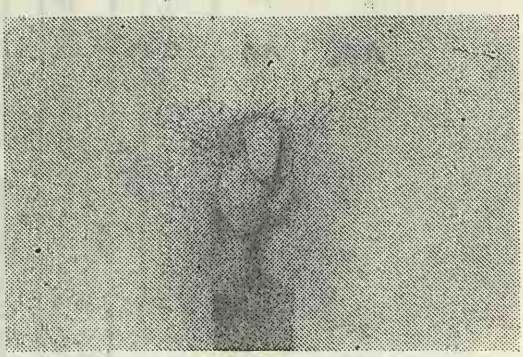


Fig. 297. Sindrom Klinefelter (aspect fenotipic).

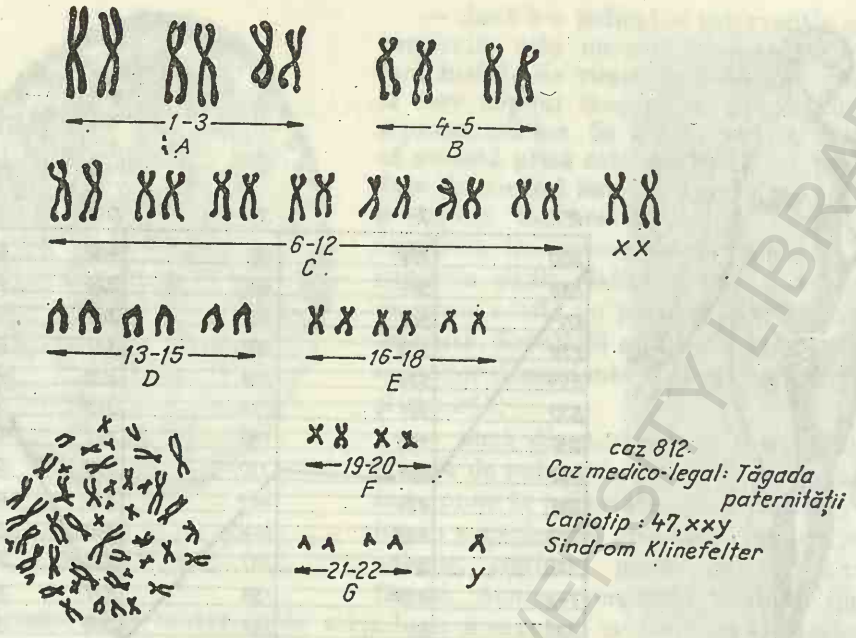


Fig. 298. Sindrom Klinefelter (cariotip).

— în corectările chirurgicale se va avea în plus în vedere că totdeauna sînt mai uşoare corectările unui sex în sens feminin decît invers (mai uşor se creează un neovagin decît un penis).

Implicaţille medico-legale ale intersexualităţii:

— o stare de intersexualitate poate fi considerată ca o eroare de persoană, ori de cîte ori este vorba de condiţia de sex în contractarea unei căsătorii sau

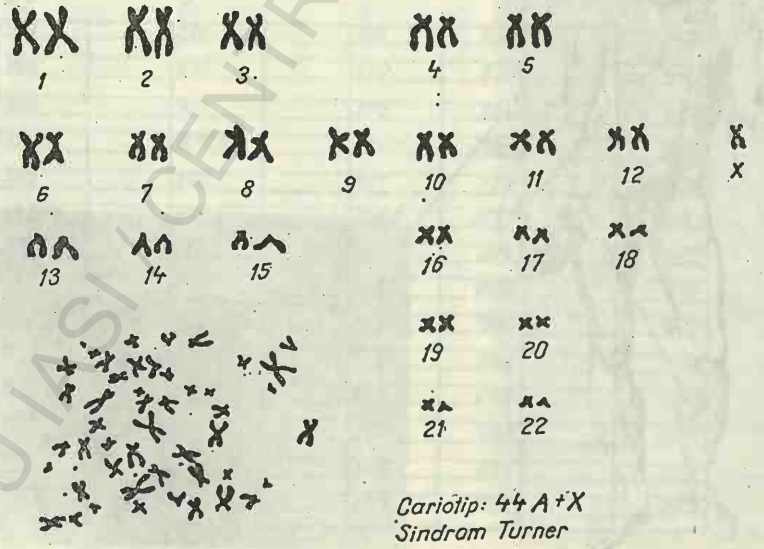
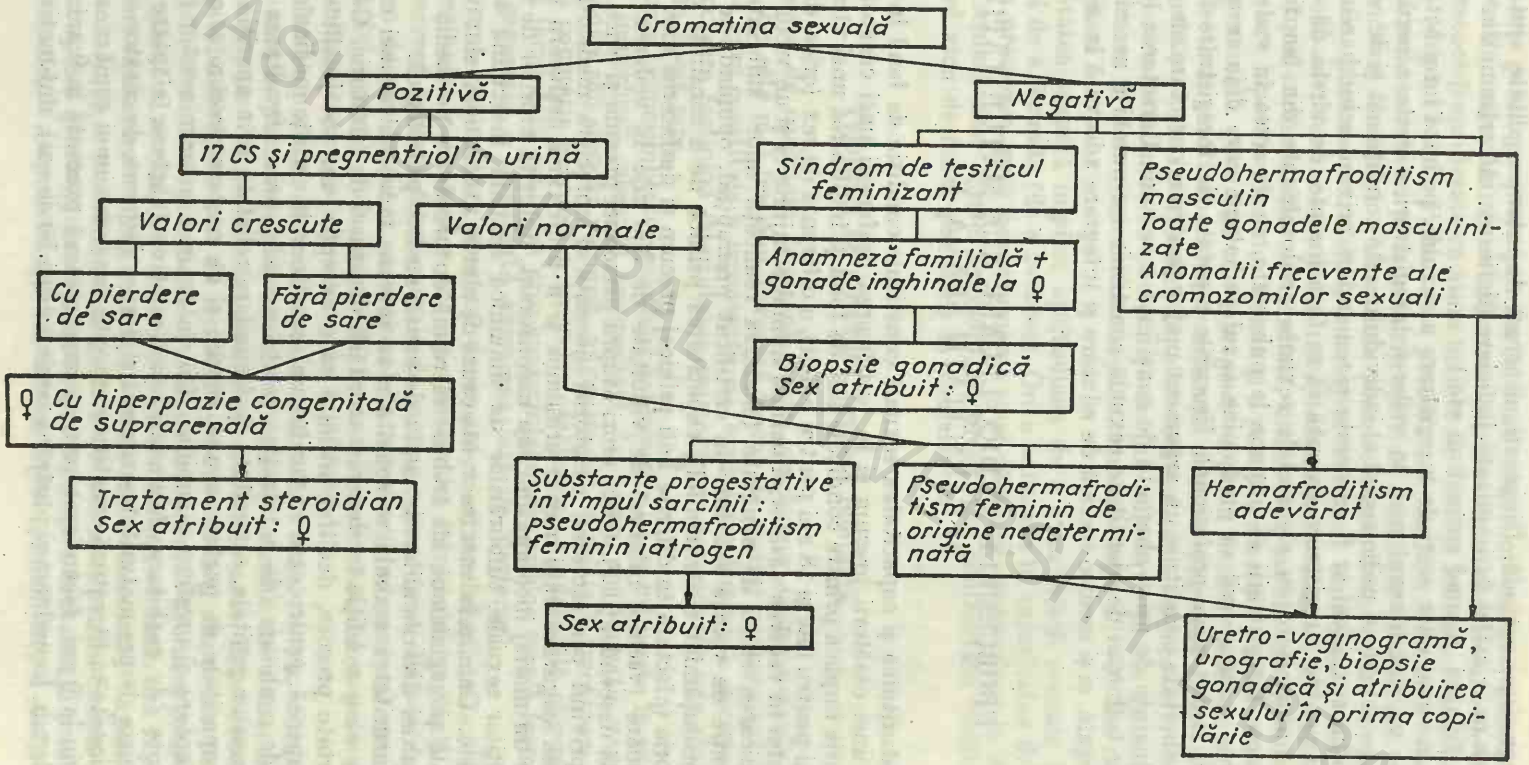


Fig. 299. Sindrom Turner (cariotip).

Investigația stărilor intersexuale
(P. Ferrier)

Tabelul 67



de o agresiune sexuală. Diagnosticul corect de intersexualitate ajută la clarificarea unor astfel de implicații judiciare (definirea infracțiunii de viol, stabilirea filiației, a unei succesiuni etc.);

— în cazul unor erori de înregistrare a sexului, pe baza unui act medico-legal se va stabili sexul real, în vederea înregistrării corecte a sexului civil. Deoarece echilibrul psiho-social al individului este condiționat și de conștiința propriului sex, ideal ar fi ca aceste recomandări privind schimbarea civilă a sexului pentru înregistrare eronată să se facă înainte de vîrsta de 4—5 ani și în conformitate cu elementele sexuale predominante din fenotip. Dacă corectarea înregistrării se impune la pubertate, se va avea în vedere ca în definirea sexului civil să predomine sexul psihologic care deja se află fixat într-un statut socio-profesional. Eșecurile repetate de înregistrare a sexului spre pubertate constituie un argument major pentru o corectare cît mai precoce, înainte de priza aberantă de conștiință a sexului. Corectarea la timp a acestor tulburări de identitate sexuală constituie nu numai o necesitate medico-legală, ci și medico-socială de educare și integrare adecvată în ambianță.

PROBLEMELE MEDICO-LEGALE ALE MATURITĂȚII ȘI CAPACITĂȚII SEXUALE

Maturitatea și capacitatea sexuală constituie condiția de fond în contractarea unei căsătorii precum și în justificarea desfacerii unei căsătorii. Orice căsătorie implică printre condițiile sale de fond și împlinirea unei vîrste legale (16 ani pentru fete și 18 ani pentru băieți), o diferență de sex (orice disimulare a sexului în vederea căsătoriei nefiind numai o injurie ci și un viciu de fond), comunicarea stării de sănătate (eludarea realității unor suferințe, într-o declarație de voință sau într-un certificat prenupțial, opunîndu-se libertății de consimțămînt matrimonial), capacitatea psihică de a consimți valid la o căsătorie (afectată în diferite boli psihice) precum și desfacerea unei căsătorii anterioare (vechiul interval de viduitate de 300 zile în vederea precizării filiației descendenților). Orice erori asupra persoanei precum și orice constrîngeri privind contractarea căsătoriei necesită o apreciere medico-legală, în vederea asigurării unui mariaj armonios și a profilaxiei desfacerii căsătoriei printr-un mariaj incompatibil sau neconsumat, datorită erorilor de sex, imaturităților sexuale, tulburărilor de dinamică sexuală masculină sau feminină etc. Cum cele mai frecvente cauze de mariaj neconsumat sînt impotența sexuală și vaginismul, ele trebuie să rețină cu precădere pe medic în scopul profilaxiei dizarmoniilor de cuplu de cauză medico-psihologică.

Maturitatea sexuală se solicită a se preciza îndeosebi atunci cînd legea o cere ca o condiție în vederea acordării dispensei de căsătorie. Cazurile de pubertate precoce, dealtfel întîlnite ca o excepție, nu pot justifica o astfel de dispensă, pentru care se vor întruni următoarele cerințe medicale: capacitate de coabitare (de a întreține relații sexuale) prin dezvoltarea adecvată a organelor genitale, capacitate de fecundare reliefată prin apariția menstrelor, capacitate de purtare a unei sarcini și de naștere precum și capacitate de alăptare și creștere a copiilor. Din întrunirea tuturor acestor capacități absolute (de coabitare, fecundare) sau relative (naștere, alăptare), rezultă concluzia despre maturitatea sexuală și despre dispensa de căsătorie. Cazurile menționate în literatură constituie excepții (nașterea unui copil mort la 7 ani sau viu la 9 ani, fecundarea prin spermatogeneză prezentă la 9 ani sau către 100 de ani, fecundarea și purtarea sarcinii după 50 de ani), sînt motivate para-

fiziologic sau patologic și nu pot sta la baza criteriilor univoce, generale, de judecată în domeniu. Mai frecvent se vor elimina din discuție cazurile de pubertate precoce (considerate ca atare înainte de 8 ani la băieți și 10 ani la fete) și tardive (după 17 ani). Pubertatea precoce sau tardivă are cauze cerebrale (tumori pineale sau de corpi mamilari), epifizare (sindrom Pelizzi) sau suprarenale (sindrom Cushing). Pubertatea precoce poate avea cauze neurogene (hidrocefalie, glioame, encefalite, meningite bazilare, teratoame), endocrine (corioepitelioame, carcinoame pulmonare, teratoame ovariene), iar cea tardivă cauze de tipul cardiopatiilor congenitale, diabetului, encefalopatiilor, bolilor hipofizare sau hipotalamice etc. Există și o pseudopubertate precoce de cauză corticosuprarenală, gonadică sau iatrogenă ca și un nanism psihosocial, prin carență afectivă, cînd tulburările emoționale dau dereglări endocrine-vegetative iar acestea, prin intermediul hipotalamusului, sînt responsabile de tulburările gastro-intestinale ce perturbă secrețiile digestive și duc la nanism. Orice întîrziere în dezvoltarea somato-psiho-sexuală după 17—18 ani devine un infantilism.

Capacitatea sexuală implică aptitudinea de a avea relații sexuale (de a coabita) și de a fecunda (de a procrea). Orice anomalie în capacitatea de coabitare sau procreare, prin neconsumarea unei căsătorii, poate duce la desfacerea ei. Atunci cînd aceste anomalii au preexistat contractării căsătoriei, constituind vicii de fond, pot duce la anularea sa.

Tulburări de dinamică sexuală feminină

Impotența de coabitare feminină poate lua forma apareuniei sau dispareuniei. Ea este mai frecvent invocată în caz de mariaj neconsumat decît frigiditatea care constituie o impotență de satisfacție feminină. Incapacitatea de procreare feminină (sterilitatea primară sau secundară) este mai rar invocată în acest sens.

Apareunia (imposibilitatea relațiilor heterosexuale) se întîlnește în situații de himen imperforat, absență congenitală de vagin, malformații vaginale prin cloazonări sau stenoze vaginale, vaginism etc. și poate fi trecătoare (cistalgia prin congestie pelviană a tinerelor căsătorite), vindecabilă chirurgical sau alteori incurabilă, mai ales prin consecințele sale psihice (unele forme de vaginism generează o adevărată aversiune față de partener).

Vaginismul, contractură spastică dureroasă a musculaturii treimii inferioare a vaginului (ridicătorilor anali și sfincterului introitului vaginal), este cel mai frecvent invocat între cauzele de mariaj neconsumat, fie sub forma de vaginism de penetrație și excepțional de retenție (cînd spasmul apare în timpul actului sexual), cu o frecvență de cca 2% din totalul impotențelor sexuale feminine care apar dominate de frigiditate.

Contractura spastică dureroasă este consecința unui reflex senzitivo-motor cu punct de plecare de la leziunile vaginale sau uterine, ori a unui reflex psihomotor cu punct de plecare din amintirea unei traume etc. El este comparat cu „clipitul ochiului în care dă o muscă" și poate avea și alte cauze, ca stenoza caustică, involutivă, pelviperitonita etc., fiind primitiv (refuzul conștient sau subconștient al sexualității datorită fricii de durere, sarcină, ură față de partener etc.) sau secundar (după o viață sexuală relativ normală). Vaginismul este, prin excelență, o maladie psihosomatică (vaginismul pentru Stopes este un adevărat spasm genital), constituită ca o consecință a brutalității primelor rapoarte sexuale, a impulsivității sexuale și lipsei preludiilor, a deflorării

patologice, care prin frica de durere generează o contractură spastică ce face coabitarea dificilă sau imposibilă. Dar vaginismul recunoaşte şi cauze anatomice sau patologice, printre care discordanţa dintre organele genitale ale partenerilor (ce se poate compensa prin posturi sexuale adecvate), prolapsul uterin, himenul incomplet rupt, retroflexia uterină blocată, vaginitele, anexitele şi nevralgiile pelviene, raportul sexual întrerupt, care, prin realizarea unei congestii pelviene şi producerea unei excitaţii fără orgasm, devine baza psihosomatică a unei astfel de contracturi spastice. Vaginismul, diagnosticat clinic (printr-o anamneză detaliată, corectă şi convingătoare) şi psihologic (mai ales atunci cînd datorită neconsumării sexualităţii duce la aversiune faţă de partener), justifică concluzia de mariaj neconsumat, deoarece constituie o adevărată maladie conjugală primară sau alteori secundară tulburărilor de dinamică sexuală masculină, cum ar fi tulburările de erecţie, ejacularea precoce etc.

Dispareunia este impotenţa sexuală feminină care constă în dificultatea raportului sexual, cel mai frecvent datorită de asemenea durerii. Poate fi de rodaj sau secundară şi duce frecvent la tulburări psihosomatice, căci orice asimetrie sau disfuncţie sexuală de cuplu este în defavoarea femeii. Disfuncţiile sexuale masculine duc frecvent la dispareunii cu impotenţă sexuală şi mariaj neconsumat (într-un caz al lui Masters de 17 ani, într-un caz al nostru de 7 ani). Pot avea cauze neurologice, vasculare, endocrine sau iatrogene (exemplu, după consum de hipertensive) sau după „entorsa uterului" (întinderea ligamentelor prin naşteri laborioase). Ea se poate explica de asemenea prin disproporţii dintre organele genitale ale partenerilor (dispareunia balistică), dar poate avea şi cauze patologice ce se confundă cu cauzele vaginismului. Dispareunia este cu atît mai intensă cu cît conflictul dintre dorinţa sexuală şi teama de durere este mai mare. Ea poate avea şi cauze psihice ce rezidă în sentimentele de culpă, dezgust şi aversiune faţă de partener şi care, de fapt, accentuează dispareunia.

Frigiditatea este o inaptitudine psihică pentru plăcerea sexuală, o incapacitate orgasmică şi o formă de inadaptare sexuală caracterizată printr-un refuz mintal de comunicare sexuală, tradus confesiv prin expresia „nu simt nimic". Apare fie ca o inabilitate a răspunsului sexual, dar mai frecvent ca o reacţie de apărare. Este cea mai frecventă formă de impotenţă sexuală feminină, rar invocată înainte vreme, cînd prejudecăţile şi mai ales tabu-urile sociale obligau la suportarea unei impotenţe masculine, dar frecvent invocată astăzi, cînd, prin educaţie adecvată, se afirmă mai viguros convingerea faptului că o comuniune afectivă implică şi o corectă modulare biologică. Frigiditatea, impotenţă de dorinţă dar mai ales de orgasm, este o adevărată „anestezie sexuală pentru altul", ce confirmă realitatea că, în sexualitate, „femeia este mai mult frustrată decît indiferentă". Orice privare şi lipsă de partajare a plăcerii poate crea o stare de frustrare sexuală şi afectivă, ca o adevărată maladie conjugală de cauze genetice, hormonale sau psihice (conflicte, sentimente de culpă, depresie etc.); de aceea, orice patologie sexuală constituie o patologie de cuplu, în care contribuţia partenerilor la o dizarmonie conjugală trebuie ştiinţific investigată. Căci frigiditatea, în cel mai înalt grad, e condiţionată de disfuncţia sexuală a partenerului, mai frecvent de ejacularea precoce, frigiditatea feminină şi impotenţa de ejaculare masculină fiind două versante ale unei singure maladii de cuplu. Cu o frecvenţă de 50—70%, are cauze fiziologice (menopauză, sarcină), constituţionale, organice, farmacologice (abuz de sedative), afective, cînd poate fi totală sau parţială (electivă). Prin menţinerea sîngelui în structurile erectile datorită lipsei orgasmului, ea favorizează congestia bazinului ce este urmată de tensiune şi dureri. De

aici afirmația cunoscută că „nu există femei frigide ci bărbați neagreați sau grăbiți".

Frigiditatea poate fi primară cînd se bănuiesc cauze genetice sau hormonale, și secundară cînd survine după o perioadă de homeostazie sexuală normală (tabelul 68). Frigiditatea secundară apare în situația fricii de sarcină, la menopauză, după sterilizări chirurgicale etc., iar frigiditatea simptomatică se întîlnește în diabet, hipotiroidie, infantilism, anemii, cancer, teleclitoridie, atrofii genitale, rupturi de perineu, inflamații, abuz de contraceptive, de neuroleptice etc. Poate avea și cauze psihice, ca în lipsa preludiilor, căsătorii ocazionale, lipsa afecțiunii, conflicte etc.

Dar etiologia cea mai frecventă a frigidității rezistă în deflorări brutale care pot stîrni și fixa aversiunea față de viața sexuală, motiv pentru care se afirmă că primul raport sexual nu trebuie să fie o violență ci, dimpotrivă, trebuie să întărească convingerea necesității de a învinge, prin preludii umane, în primul rînd un obstacol psihic.

O altă cauză a frigidității poate fi neglijarea preludiilor și a tandreței atît de necesare partenerei într-o relație sexuală interumană. Se afirmă că nu este nimic mai umilitor pentru o femeie decît de a nu se ști dorită, de aceea orice despuiere a sexualității de contextul său afectiv poate duce la constituirea unei frigidități.

Cea mai frecventă cauză de frigiditate rămîne însă tulburarea de dinamică sexuală a bărbatului care, mai ales în ejacularea precoce, nu permite consumarea unei tensiuni erotice de către femeia ce nu realizează un orgasm. Pe lîngă faptul că orgasmul femeii are loc întotdeauna în contextul unui partener iubit, tulburarea de dinamică sexuală a unui bărbat prin lipsa unui orgasm simultan generează frigiditatea. La aceasta poate contribui și lipsa de contenție sexuală în cadrul diferitelor rupturi de perineu, fapt ce face din frigiditate o problemă prin excelență a patologiei de cuplu, în care partajarea reală a responsabilităților scoate în evidență rolul cauzal al bărbatului. Așa cum pe bună dreptate se spune că în sexualitate pacientul este cuplul, tot așa se reține, cu valoare de adevăr științific, faptul că la originea majorității disfuncțiilor sexuale feminine, mai ales de tipul frigidității, se află tulburarea de dinamică sexuală masculină ce poate genera și poate fi la originea unei adevărate nevroze în doi și care, cu riscul de a repeta, a dus la afirmația cunoscută că „nu există femei frigide ci bărbați neîndemînateci".

Tulburările de dinamică sexuală la bărbat

Prin impotență sexuală masculină se înțelege asocierea persistentă a unui răspuns de frică, cîștigat prin reflex condiționat, la o situație care, în mod normal, ar trebui să provoace un răspuns sexual (Wolpe). Impotența sexuală masculină devine astfel o dificultate sau o imposibilitate de realizare a unui raport sexual cu o parteneră. Ori de cîte ori un stimul neutru (exemplu, neliniștea primelor încercări) se asociază cu un stimul sexual propriu-zis, situația sexuală devine generatoare de angoasă, neliniște, anxietate și teamă și creează „pana sexuală". Cu alte cuvinte, ori de cîte ori actul sexual devine un subiect de angoasă, impotența apare drept consecința sa inevitabilă. Termenul de impotență fiind traumatizant pentru subiect se recomandă a se înlocui cu acel de disfuncție, dizarmonie, dezacord, neînțelegere, incompetență sau inaptitudine sexuală.

Tabelul 68

Sindroamele ovariene hipofuncționale primare (Saragea)

Denumirea	Simptomatologie	Factori etiopatogenici
Sindromul Turner-Sereşevski (agenezia ovariană)	— Anovarie congenitală — Infantilism genital — Amenoree primară — Caractere sexuale secundare absente la pubertate — Sterilitate — Deficit statural: gît palmat; torace bombat; cubitus valgus; osteoporoză; uneori malformații cardiace și renale — Puerilism psihic, întîrziere afectivă; inteligență în limite normale — Estrogeni și pregnandiol absenți; FSH crescut	Anomalie gonozomială: XO sau mozaic de diferite tipuri. Lipsa gonadelor funcționale în timpul vieții embrionare nu permite diferențierea sexuală; embrionul se dezvoltă după tipul feminin.
Eunuchismul feminin (anovaria)	Prepuberal și puberal: — Infantilism; nedezvoltarea caracterelor sexuale primare și secundare — Amenoree primară — Dezvoltarea somatică dizarmonică, predominant longilină — Insuficiență sexuală — Tulburări distrofice, îmbătrînire precoce Postpuberal: — Caractere sexuale primare și secundare normal dezvoltate — Amenoree — Sterilitate — Tulburări psihice de tip nevrotic sau psihotic — Tulburări vasomotorii, Metabolice (obezitate) și distrofice (artroză, periartrite)	— agenezie ovariană — castrare — castrare
Eunucoidismul feminin — insuficiență estrogenă prepuberală — hipoovarie puberală	— Creșterea taliei și în special a membrelor inferioare — Caractere sexuale primare și secundare insuficient dezvoltate — Hipofuncție ovariană. Sterilitate — Hemoragii periodice pseudomenstruale — FSH crescut	— Ovare atrofice. Maturația foliculară la pubertate nu are loc — Insuficiență hormonală gonadică parțială prin: — hipoplazie ovariană congenitală — inflamații și infecții ovariene — tulburări ale axului neurohipofizoovarian
Insuficiențe ovariene disociate (sindrom Stein-Leventhal)	— Menoragii — Amenoree, oligomenoree — Dismenoree — Hirsutism (discret) — Manifestări nevrotice — Pregnandiol urinar absent — Nivel urinar crescut de androsteron și etiocolanolon	— Insuficiență luteinică, asociată sau nu cu hiperfoliculinism (dizarmonie foliculoluteinică) — Defect de ovulație și formare a corpului galben — Hipersecreție ovariană de androgeni (hiperplazie a celulelor tecii interne) — Distrofii ovariene polichistice

Incompetența sexuală la bărbat poate fi de coabitare și de fecundare (procreare).

Incompetența de coabitare pune cele mai dificile probleme de diagnostic și tratament și are, sub aspectul cuplului, cele mai încărcate consecințe. Disfuncția sexuală masculină are astăzi o frecvență mai crescută (după unele statistici ar urca pînă la 60%) datorită sedentarismului, stress-urilor, conflictelor, excesului de griji etc. De menționat însă că nu orice neconcordanță sexuală pasageră trebuie etichetată drept incompetență sexuală. Dificultățile nupțiale nu trebuie considerate impotențe. În această categorie intră numai tulburările persistente care, în final, realizează o necorespondență biologică și afectivă a cuplului. Deci, sexualitatea nu trebuie privită atît cantitativ cît mai ales ca o normă valoare.

În circa 5% din cazuri, incompetența sexuală masculină este de natură organică(genetică, endocrină, vasculară, nervoasă) iar în rest, de natură psihogenă (tabelul 69). Caracteristic incompetențelor sexuale organice este apariția lor progresivă la un subiect fără probleme relaționale și chiar dispariția bruscă prin tratament.

Cauzele generale sînt foarte polimorfe, generează o incompetență cu frecvență redusă și constau în afecțiuni cardiace, pulmonare, astm, nefropatii, alcoolism cronic, intoxicații cronice, tabes, leziuni hipofizare (adenom cromofob), testiculare, ciroze hepatice, diabet etc. Cauzele organice ar putea fi clasificate în neurologice (scleroză în plăci, tumori medulare, leziuni de lob temporal), vasculare (sindrom Leriche, siclemie), genitourinare (veziculite, uretrite), endocrine sau psihogene (emoția duce la acea frică somatică numită angoasă ce ratează instinctul).

Tabelul 69

Sindroame testiculare hipofuncționale (Saragea)

Denumire	Forme clinice	Simptomatologie	Factori etiopatogenici
1. Eunuchismul masculin (anorhitia)	a. Forme prepuberale	— absența testiculelor — creștere exagerată în lungime — nedezvoltarea penisului și structurilor anexe — absența caracterelor sexuale secundare — sexualizare psihică absentă — sterilitate primară prin lipsa spermatogenezei — lipsa hormonilor androgeni	— agenezie testiculară congenitală — castrare — traumatisme testiculare severe — iradiere (raze X etc.)
	b. Forme postpuberale	— sterilitate secundară — insuficiență sexuală — regresiunea caracterelor sexuale secundare — modificări trofice ale pielii (uscată, sbîrcită), musculaturii, țesutului adipos — tulburări psihice (sentimente de inferioritate, melancolie) — senescență precoce	— castrare chirurgicală, traumatică sau prin iradiere

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Denumire	Forme clinice	Simptomatologie	Factori etiopatogenici
2. Eunucoidismul (hipoorhitia; distrofia genitoorhitică)	a. Puberală (hipogonadotropă) b. Tardivă (hipergonadotropă)	— testiculi prezenți dar nedezvoltați; frecvent criptorhidism uni- sau bilateral — azoo- sau oligospermie — sterilitate — tract genital atrofic sau hipotrofic (infantil) — capacitate sexuală slabă — caractere sexuale secundare doar schițate — ginecomastie — creștere exagerată în înălțime — laringe infantil (morfologic și funcțional) — sexualizare neuropsihică slabă	— hipoplazie testiculară congenitală — atrofie testiculară (infecții) — traumatisme testiculare
3. Pseudoeunucoidism		— organe genitale normal dezvoltate — spermograma și eliminarea 17-CS normale — caractere sexuale secundare (pilozitatea caracteristică facială, axială, pubiană) nedezvoltate — imaturitatea vocii	— țesuturile receptoare de androgeni prezintă o reactivitate scăzută la hormoni, care sînt secretați în cantități normale
4. Criptorhidia	— uni- sau bilaterală — abdominală sau inghinală (profundă sau superficială) — continuă sau intermitentă	— insuficiență seminală — sterilitate	— tulburări mecanice locale (malformații) — insuficiență hipofizară gonadotropă (criptorhidia bilaterală)
5. Sterilitatea masculină (insuficiență orhitică disociată)		— testicule prezente — azoospermie sau oligospermie (sub $20 \cdot 10^6$ spermatozoizi/ml lichid seminal)	— ocluzie congenitală a căilor de eliminare a spermatozoizilor — ocluzii parțiale (prostatite, veziculite cu edematizarea can. ejaculatoare și blocarea lor cu mucus) — infecții cu tropism orhitic (meningoencefalita epidemică; gonoreea; parotidita epidemică) — carențe nutriționale (mai ales vitamina E) — energie radiantă (raze gama, bomba atomică etc.) — boli endocrine (diabet, acromegalie, mixedem, sindrom Babinski-Fröhlich) — criptorhidie

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Denumire	Forme clinice	Simptomatologie	Factori etiopatogenici
6. Insuficiența orhitică de andropauză și bătrînețe	— Forma generală — Forma circulatorie — Forma nevrotică	— Scădere de volum a testiculelor care suferă un proces de scleroză și infiltrație grasă — hipotonia și apoi hipotrofia penisului — impuls sexual păstrat sau scăzut — spermatogeneza scăzută pînă la dispariție — ejaculare cantitativ redusă — capacitate de fecundare redusă — hialinizarea și scăderea de volum a tubilor seminali — eliminarea de hormon gonadotrop hipofizar moderat crescută — manifestări nevrotice de tip depresiv, instabilitate emoțională — scăderea capacității de muncă	
7. Sindromul Klinefelter (orhidistrofia poligonozomică)		— testicule mici (cît simburele de cireașă) — leziuni ale tubilor seminali (mici, atrofici, fără nici un element al liniei germinative) — țesut interstițial hiperplazic — azoospermie — sterilitate — penis și caractere sexuale secundare normale — potență sexuală normală — uneori sistemul pilos este slab reprezentat și morfologia e de tip juvenil (hipogonadism) — ginecomastie — FSH crescut	— prezența unui (sau mai multor) gonozomi X suplimentari

Incompetența psihică este consecința cerebralizării sexualității umane ce face inhibițiile sexuale foarte facile. Ea poate traduce o sexualitate culpabilizantă (sexualitate percepută „ca o corvoadă" și nu ca o plăcere, în care „datoria naturală a bărbatului este de a procura plăcere"). Incompetența psihică poate fi de debut (primară) sau secundară (după o traumă psihică sau cu o nouă parteneră cînd apare hiperemotivitatea față de nou). Alteori are origini într-o obsesie a eșecului cu neîncredere în potența proprie și idei fixe. În acest mod, în sexualitate, frontiera dintre normal și patologic devine fragilă pentru

că sexualitatea nu are norme sau performanțe; ceea ce într-un cuplu este acceptat, în altul poate deveni o disfuncție.

Incompetența sexuală masculină se poate clasifica, după fazele dinamicii sexuale, în următoarele forme (tabelul 70):

Tabelul 70.

Inaptitudinea sexuală masculină
(cauze mai frecvente în raport de dinamica sexuală)

Forma de inaptitudine	Cauzele
Impotența de dorință	— Cauze hormonale — Boli infecțioase — Boli consumptive — Stări de debilitate neuro-fizică etc. — Diabet — Scleroză în plăci — Malformații peniene: fimoze — Cicatrice peniene — Maladie Peyronnie — Sindrom Klinefelter — Prostatectomii, cura hernici — Obezitate, mal. Cushing, Basedow
Impotența de erecție	— Traumatisme cranio-cerebrale — Traumatisme vertebro-medulare — Alcoolism cronic — Tromboze ale corpilor cavernoși — Nevroze și psihastenii — Abuz de masturbare — Rapoarte sexuale întrerupte — Ciroze hepatice — Erecții dureroase etc. — Ejaculare retrogradă (prostatectomii) — Diabet
Impotența de ejaculare	— Simpatectomii — Inflamații ale veziculelor seminale — Cauze psihice — Excitații sexuale intense etc.
Impotența de satisfacție	— Cauze organice — Cauze psihice

— incompetența de dorință sexuală (de libidou) care are, de obicei, cauze hormonale, neurologice, psihice sau afecțiuni intercurente trecătoare și care poate fi totală sau parțială;

— incompetența de erecție este tulburarea cea mai gravă, deoarece erecția exprimă, în cel mai înalt grad, potența sexuală. Ea realizează dificultatea cea mai gravă de coabitare și se poate explica organic, ca în diabet, scleroză în plăci, hipospadias sau alte malformații, cicatrice după diferite leziuni, maladie Peyronie (colagenoza corpilor cavernoși), sindrom Klinefelter, ejaculare retrogradă după prostatectomie sau în diabet (prin defect de închidere a sfincterului intern în timpul ejaculării), fimoză, hernii, adipozitate, sindrom adipozo-genital, Bazedow, traumatisme cranio-cerebrale sau vertebro-medulare, erecții dureroase, alcoolism cronic, tromboze ale corpilor cavernoși, nevroze și psihastenii, abuz de masturbare, rapoarte sexuale întrerupte, tratamente cu rezerpină, ciroze etc. Cauzele acestei incompetențe

sînt ample, de la situațiile inadecvate de intimitate, frică și implicit de eșec, pînă la cauzele organice. Ea poate fi totală sau parțială, inițială sau abandonatorie, generală sau electivă. Așa cum s-a menționat, cauzele sale cele mai frecvente sînt psihice, și anume frica de eșec, care constituie o inhibiție corticală ce ratează automatismele sexuale (cineva spunea plastic că „biciclistul ce se gîndește cum merge, poticnește"). Cel mai frecvent, tulburările de erecție („pana de erecție") sînt primitive și prin aceasta relevă originea lor psihică, față de cele secundare, care mai frecvent sînt de natură organică. În aceste situații, la prima experiență sexuală partenerul dorește ca potența sa să nu fie umilitoare și, cînd preocuparea devine obsesivă, poate aduce inhibiția corticală și disfuncția sexuală;

— incompetența de ejaculare. Mai frecventă și mai patologică apare ejacularea precoce decît ejacularea tardivă și, de asemenea, are cauze organice (ejacularea retrogradă, diabet, simpatectomii, abuz de contraceptive și rae poarte sexuale întrerupte, inflamații ale veziculelor seminale etc.), sau cauzpsihice cum ar fi excitația sexuală, frica de normalitatea comportamentului sexual etc. Incompetența de ejaculare privează partenera de descărcarea tensională specifică și condiționează, în cel mai mare grad, incompetența psihică a femeii (frigiditatea).

Incompetențele de erecție și ejaculare precoce (tip Casanova) față de cele de ejaculare tardivă (tip Rasputin) sînt cel mai rău suportate de parteneră, frecvent mascate deși nu permit trișarea, deoarece actul sexual se împlinește numai în condiții de corespondență reciprocă. Ejacularea va fi precoce ori de cîte ori va apărea înainte de orgasmul feminin. În anejaculare se va suspecta o ejaculare retrogradă sau o lipsă de secreție a glandelor anexe ca în aspermie. Neurolepticele și malformația Arnold — Chiari (protruzia articulației atlanto-occipitale și odontoidei) pot sta la originea unor ejaculări precoce;

— incompetența de satisfacție este absența orgasmului masculin care, de asemenea, poate avea cauze organice sau psihice, trecătoare sau permanente. Insuficiența orgasmului (impotența de tip Don Juan) duce la căutarea frecventă a partenerelor, fapt explicat îndeosebi prin dificultatea unei inserții afective stabile. Cauzele sale se confundă cu ale asteniei sexuale: anemii, gastrectomii, intoxicații, abuz de droguri, nefropatii, tratamente cu anticoagulante, barbiturice, spasmolitice etc.

Cunoașterea patogeniei instalării incompetenței psihice masculine are deosebită importanță diagnostică și medico-legală deoarece, față de frecvența sa, rămîne metoda cea mai accesibilă de diagnostic. Relatarea bolnavului (după cîștigarea încrederii sale) asupra modului instalării tulburării sexuale, dă certitudinea realității suferinței sau, dimpotrivă, a disimulării ei. Mai frecvent, chiar în cuplurile ce o acuză, bărbatul recunoaște cu greu disfuncția sa sexuală, tocmai datorită caracterului penibil al sentimentelor de inferioritate față de parteneră.

Incompetența sexuală masculină, îndeosebi cea de erecție și ejaculare de natură psihică, se instalează ca o consecință a unui eșec sexual ce determină la o preocupare progresivă, exclusivă și obsesivă asupra comportamentului sexual propriu. Îndoiala ce ia naștere în acest mod, în legătură cu capacitatea sexuală și mai ales cu satisfacția reciprocă a partenerei, exprimă intervenția unui factor cortical, conștient, pe parcursul unei activități automatice sexuale care va genera, cu multă probabilitate, un nou eșec sexual. Repetarea eșecului va întări sentimentele de culpă ale subiectului care, datorită fricii de a nu mai eșua, se va retrage progresiv în abstinență sau va încerca căi aberante de satisfacere. Frica de eșecul sexual care creează un nou eșec prin mecanismele

corticale menționate (inhibițiile corticale sexuale fiind cele mai frecvente și facile) constituie baza psihologică a impotenței sexuale. Frica și anxietatea în fața unei situații sexuale se reproduce, de regulă, în orice altă situație, fapt ce determină subiectul să încerce a evita orice alte astfel de situații pentru a scăpa de anxietate. Apare aici o conduită fobică, de evitare, construită mintal dinainte, ceea ce justifică afirmația după care incompetența sexuală masculină este o tulburare mintală construită înaintea actului sexual prin frica de eșec. Conștiința și repetarea eșecului accentuează sentimentele de umilință ale subiectului care, în felul acesta, devine mai egocentric și tinde a transforma sexualitatea într-un scop în sine, teoretizînd masiv pe marginea sa. Așa-numitul „umor trist al partenerei" agravează sentimentele de inferioritate ale subiectului care se convinge că în sexualitate, ce implică o homeostazie de cuplu, nu se poate trișa cu nimic. De aceea Kinsey consideră că un bărbat este cu atît mai incompetent sexual cu cît participarea sa sexuală este mai scurtă și că fără înțelegerea, încrederea și cooperarea partenerei, eșecurile sale se vor repeta cu mare probabilitate. De aici rezultă că partenera nu are numai rolul de a decide momentul cînd cuplul trebuie să solicite o consultație medicală („momentul cînd se ridică masca") ci și un rol terapeutic, știut fiind că, în situația în care se fac confidențe despre sexualitate, cazul devine serios și necesită un ajutor terapeutic. Șocul emotiv determinat de eșecul sexual este un șoc psihosomatic prin excelență, însoțit de accentuate tulburări vegetative (transpirație, polipnee, tahicardie) ce devin ușor sesizabile de către parteneră. Dificultățile sexuale repetîndu-se, subiectul își fixează conștiința infirmității sale prin bătătorirea căilor corticale și deviază fie spre abstinență, sublimare, teoretizare pe marginea sexualității și a vieții, fie spre perversiune, corupție sau chiar tendințe autolitice care invederează rolul sexualității echilibrate în adaptarea adecvată a omului. Sexualitatea cosumată armonios devine astfel o sursă de echilibru și progres individual, dar nerealizată echilibrat devine o sursă de insatisfacție, de preocupări obsesive și chiar riscuri vitale. Iată „lumea incompetentului sexual" așa cum rezultă dintr-o relatare (Michaux): „dacă mă simt impotent, eu mă simt în orice moment într-o lume îngustată prin impotența mea. Prezența sub veșmîntul meu a unui penis pe care-l simt inert, loc geometric al întregii mele slăbiciuni, mă stigmatizează în ochii altuia și simt privirea răutăcioasă a oricui, ironia și disprețul. De altfel, se poate vedea pe fața mea, după semne pe care mi-e greu să le precizez, că eu mă simt într-un univers aparte. Slab sau robust, mă simt inferior față de toți. Nu pot vedea, nu pot auzi să se vorbească despre cei care prin reușita, comportamentul și semnele exterioare, semnifică pentru alții, ca și pentru mine însumi, puterea. Mă simt total descurajat la ideea de a vorbi înaintea celor mai obișnuiți oameni, de a telefona, de a lua masa înaintea altora, care au mijloace de înțelegere mai mult sau mai puțin magice și care, într-o zi, vor afla ceea ce eu încerc să ascund".

Diagnosticul medico-legal al unei disfuncții sexuale implică, în primul rînd, o anamneză corectă, în scopul de a depista cauzele și mai ales mecanismul psihogen sau organic de instalare al disfuncției sexuale (tabelul 71). Explorarea va începe, în mod progresiv, cu o spermogramă, cu cercetarea cromatinei sexuale și cariotipului, cu dozarea 17-cetosteroizilor și cu testul gonadotrofinelor hipofizare, după care se va face radiografia șeii turcești, se va cerceta diabetul prin supraîncărcare glucidică precum și funcția tiroidei și a ficatului etc. Explorarea metodică mai sus-menționată este completată de investigarea oricăror cauze organice ce trebuie căutate și confirmate. Diagnosticul unei impotențe sexuale devine dificil și numai anamneza ne orientează

Investigarea inaptitudinii sexuale masculine

I. Antecedente — genetice
— infecţioase: — oreion
— alte infecţii
— diabet
— hipertensiune, angor, infarct
— boli venerice
— intervenţii chirurgicale
— traumatisme
— consum de alcool, droguri

II. Investigarea cauzelor:

— Malformaţii
— fimoze
— hidrocel
— castrare
— sindrom Klinefelter
— hipospadias

— Metabolice
— diabet
— obezitate
— hiperlipidemie
— hiperazotemie
— albuminurie cronică
— hiperuricemie

— Endocrine
— Basedow, Adison, Cushing
— tulburări hipofizare
— tulburări tiroidiene
— mixedem

— Neurologice
— contuzii de bazin cu lezarea nervilor erectori
— leziuni ale nervilor ruşinoşi interni
— spina bifida
— scleroză în plăci
— tumori medulare
— electroşocuri
— sindrom Parkinson
— simpatectomii
— tabes
— leziuni de lobi frontali
— sechele după traumatisme cranio-cerebrale, infecţii etc.

— Infecţioase
— epididimite
— uretrite
— prostatite
— inflamaţii ale veziculelor seminale

— Psihice
— psihastenii
— nevroze
— alte boli psihice
— alcoolism

— Vasculare
— anevrisme ale vaselor abdominale
— arterite
— obstrucţii trombo-embolice (hipogastrice), sindrom Leriche
— anemii
— leucoze cronice
— hemocromatoze
— poliglobulii

— Traumatice
— rupturi traumatice ale corpilor cavernoşi
— maladie Peyronnie
— rupturi de uretră
— tromboze perineale posttraumatice
— tromboze pelvine posttraumatice

— Chirurgicale
— prostatectomii
— intervenţii pentru priapism
— cura herniei
— intervenţii pentru varicocel

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

— Terapeutice — tratamente cu hipotensive
— tratamente cu betablocante, DOPA
— amfetamine, atropină, imipramină
— inhibitori ai monoaminoxidazei, fenotiazine, digitală
— Tumorale — maladie Hodgkin
— tumori genitourinare
— tumori endocrine
— Feminine — spasmofilie
— dispareunie
— frigiditate
— vaginism etc.
— cauze endocrine

III. Explorări — Examen clinic general
— Examen endocrinologic
— Examen neurologic
— Examen psihiatric
— Examen genito-urinar
(În general, examene pe sisteme și aparate)
— Examene radiologice
— Examene endoscopice
— Examene citogenetice
— Examene umorale
— Metabolism bazal
— Glicemie
— Spermogramă etc.

IV. Convorbirea cu bolnavul (apoi cu partenera și în final cu cuplul)
— Priza de conștiință a sexului în copilărie
— Atitudinea părinților față de subiect (sub aspectul sexului)
— Educația sexuală primită
— Primele relații sexuale (experiențe preconjugale)
— Evenimente cu semnificație sexuală
— Conținutul sexual al viselor, imaginației, dorințelor
— Masturbare sau alte parafilii
— Primele experiențe sexuale și consecințele lor:
— încredere, culpabilitate, timiditate
— Tipuri de partenere în relațiile sexuale
— Regularitatea vieții sexuale
— Realitatea sau insuficiența stimulilor sexuali și a preludiilor
— Reciprocitatea satisfacției sexuale
— Dificultăți de erecție, ejaculare etc.
— Existența unor stressuri, oboseli cronice, abuz de droguri
— Modalități de contraconcepție
— Tratamente anterioare efectuate
— Cauze de dizarmonii conjugale, divorț etc.

spre epuizarea investigațiilor privind cauzele sale organice sau spre decelarea mecanismului său patogenic de natură psihică. În vederea unui diagnostic corect, trebuie cîștigată încrederea bolnavului prin întărirea convingerii sale despre faptul că o disfuncție sexuală nu are nimic injurios, mai ales dacă nu este disimulată înaintea căsătoriei, precum și despre faptul că ea devine oricînd curabilă. Principiile moderne de tratament se referă la o terapie de cuplu (partenera nu decide numai momentul consultației ci ajută și la modularea reciprocă a partenerilor), la o coterapie care se bazează pe următoarele principii:

— sexualitatea este un proces natural, fiziologic („erecția este tot atît de naturală ca și respirația"), fapt ce trebuie să influențeze bolnavul în sensul de a nu dramatiza situația sa ci, dimpotrivă, de a atenua inhibițiile sale corticale și a avea încredere în automatismele sale sexuale, atît timp cît nici o cauză organică nu se opune lor;

— în același mod, se creează bazele eliminării fricii de sexualitate și de actul sexual, printr-o psihoterapie adecvată;

— se vor îndemna partenerii să adopte normele de comportament sexual care corespund cel mai bine ajustării lor reciproce, coterapia unei disfuncții sexuale fiind adresată, prin excelență, cuplului;

— în terapia disfuncțiilor sexuale se vor stimula jocurile sexuale al căror rol esențial constă în distragerea atenției subiectului asupra comportamentului său sexual. În acest mod, orice tendință patologică intrapsihică este transferată și percepută ca o problemă interpersonală care atenuează sentimentele de frică și de culpă. Mai mult, comunicarea senzorială prin stimulare imaginativă va ușura anxietățile bolnavului și va condiționa, în mod adecvat și recuperator, conduita sa sexuală.

Aspecte ale homeostaziei sexuale de cuplu

Homeostazia sexuală, așa cum s-a văzut, necesită o corespondență reciprocă la toate nivelele sale de realizare (biologică, afectivă, socială). O conjuncțiune sexuală homeostatică se realizează prin preludii adecvate, automatisme integre, adecvare reciprocă prin ajustare și experiență. Faptul confirmă nevoia omului de legături erotice permanente care dau stabilitatea legăturilor conjugale. Ajustarea orgasmică finală reciprocă (schimbul de satisfacție) implică condiții funcționale și temporale.

Dintre condițiile funcționale se va reține eliberarea de frica de sarcină și corespondența sexuală reciprocă în timp, plecînd de la caracteristicile orgasmului feminin de a fi mai tardiv, mai erotic (cu cel iubit), mai securizant și care implică un stil erotic (descoperire reciprocă, ajustare drept gaj al duratei, ajustare și randament ce se obțin numai într-o situație egalitară).

Condițiile temporale se referă la adaptarea progresivă a celor două personalități erotice prin experiență reciprocă și afecțiune ce transformă apropierile de cuplu într-o „sărbătoare erotică și nu o corvoadă". Solidaritatea afectivă va realiza în timp o solidaritate psihosomatică, ca cel mai profund transfer interuman posibil.

Condițiile menționate vor afirma forțele constitutive ale cuplului care se referă la trăinicia legăturilor psiho-afective și sexuale (disponibilitățile cuplului), precum și la conștiința implicațiilor sociale ale sexualității (coabitarea este nu numai un trai comun ci și o nevoie de intimitate, nu numai o motivație de acuplare ci și o nevoie de constituire a unei familii). În acest fel, prin motivațiile sale conștiente, sexualitatea afectivă a cuplului devine un remediu față de solitudine, o cale de personalizare a vieții umane, o nouă unitate ce cuplează două personalități afective „de o manieră solidară și stabilă". În acest context, dialogul interpersonal de cuplu capătă un mare rol în acordul caracterial, intelectual și cultural, cu răsfrîngere directă în pedagogia copiilor și filozofia existenței. Ori de cîte ori nu se aduce în cuplu un aport afectiv, intelectiv și cultural egal, se creează factori de ruptură. Atare factori includ incompatibilități erotice, sociale sau caracteriale care, mai frecvent, irup în infidelitate, rutină și uniformitate (cînd partenerul „se află la intersecția alterității valorizante dar tulburătoare și a identității securizante dar monotone"). De aceea și o concordanță prea perfectă poate deveni puțin gratificantă prin stereotipie, lipsă de curiozitate sau inventivitate.

Evoluția divergentă a unui cuplu poate duce la ruptură (cînd alcătuirea unui nou cuplu trebuie să releve tendința umană perenă și durabilă de unire) și la crearea unei adevărate patologii de cuplu ce se opune sănătății sexuale, ale cărei criterii de normalitate rezidă în echilibru psihic, în oferirea de modele comportamentale originale și nu stereotipe și în echilibru biologic (de corespondență sexuală).

Patologia sexuală a cuplului are trei particularități: frecvent există mari diferențe de apreciere subiectivă, fapt ce creează o dificilă adaptare, știut fiind că, în raport de

constituția psihoafectivă și endocrino-sexuală, o parteneră indiferentă se adaptează la o ejaculare precoce iar un partener egocentric la frigiditate. Cu alte cuvinte, toleranța la disfuncțiile sexuale este foarte diferită. Apoi, deseori, simptomele se intrică intim (exemplu, disfuncția de ejaculare cu frigiditatea), ceea ce impune eticheta despre „boala cuplului". În sfîrșit, este caracteristică interferența dintre perturbarea funcțiilor erotice și interrelațiile umane. Orice dezacord fiziologic va duce la o stare conflictuală cronică cu accentuarea tulburărilor fiziologice (eșecul cheamă un nou eșec). Patologia sexuală de cuplu poate fi consecința a multiple cauze, dar mai frecvent se impun investigației cauzele organice: metabolice (diabetul cu microangeita vaselor erectile, hiperlipidemia, azotemia celor ce fac dializă sau spasmofilia ce duce la vaginism), endocrine (meno- și andropauza), neurologice (sechelele chirurgiei pelvine, fracturile de bazin, nevritele idiopatice), toxice (tabagism, alcoolism, toxicomanii ce condiționează capacitatea sexuală de drog, hipotensiune, tratamente cu beta- blocante și antidepresive) și vasculosangvine (sindrom Leriche, tromboze pelvine, arteriopatia rușinoaselor interne, leucemii și poliglobulii). Cauzele funcționale psihopatologice includ angoasa și umilința ce duc la disfuncții grave, psihopatia ce induce disfuncțiile sexuale, stările conflictuale prin lipsa de cautiuni morale etc.

Plecînd de aici, orice terapie sexologică de cuplu va avea ca principii:

— adresabilitate la cuplu, ce implică cooperarea terapeutică a partenerilor, reeducarea lor prin încredere egalitară;

— testarea bunei credințe și voințe reciproce urmată de reeducare prin tandrețe obligatorie și partajare a intimității în scop curativ;

— adoptarea unor procedee adecvate de înlăturare a fricii sexuale care pleacă de la constatarea că o teamă de sarcină a partenerei, de exemplu, favorizează ejacularea precoce iar aceasta vaginismul și frigiditatea;

— evitarea reluării eșecurilor prin decondiționarea cuplului de orice stil defavorabil și interzicerea unor tendințe iterative, atunci cînd condițiile nu sînt favorabile;

— informarea și deculpabilizarea partenerilor care vor incita la comunicare și nu la retragere;

— restaurarea și întreținerea dorinței sexuale prin preludii, producții erotice culturale, disponibilitate etc.

Pentru evitarea unor căsătorii neconsumate psihoafectiv și sexual, unii autori recomandă chiar un îndreptar al terapiei de cuplu, în care stimularea extragenitală va fi în măsură să facă să reapară sănătatea dinamicii sexuale, o terapie a ejaculărilor precoce prin metodele recomandate de Masters, tendința de a face partenera activă, responsabilă de ejacularea precoce, găsirea posturilor adecvate ce evită dispareuniile, restaurarea orgasmului prin metode sexologice specifice fiecărui cuplu etc.

Ori de cîte ori se neglijează bazele biologice și afective ale cuplului se pot realiza cupluri patologice de tipul celor dependente (infantile), cupluri în care sexualitatea este trăită „ca o bătaie a sexelor", cupluri inhibante etc. În aceste condiții, fiecare membru al cuplului trebuie să devină terapeutul celuilalt, spunea Masters, să transforme o patologie intrapsihică în alta interpsihică, să recurgă la sfaturile unui consilier conjugal, să creeze condiții de confort sexual, să insere sexualitatea într-o perspectivă axiologică și științifică, să aplice decondiționarea negativă și recondiționarea pozitivă (partenerul va trata dispareunia iar partenera ejacularea precoce) prin climat adecvat, alternanțe de excitabilitate și educație sexuală. Cum nu există incompetență sexuală de care un partener să fie străin, respectarea acestor principii de coterapie va fi în măsură să restabilească homeostazia de cuplu.

BIBLIOGRAFIE

1. Abraham G., *Sexologie clinique*, Doin, 1967.
2. Abraham G., Pasini W., *Introduction à la sexologie médicale*, Payot, 1976.
3. Bogdan G., *Atentate contra bunelor moravuri*, București, 1922.
4. Bricaire H. și colab., *Les impuissances sexuelles et leur traitment*, Flamarion, 1971.
5. Clifford Allen: *Les déviations sexuelles*, Masson, 1960.
6. Ey H., *Études psychiatriques*, Paris, 1956.
7. Garai J., *Sex diff. in mental health*, Genet. psychiat Monogr., 1970, 81, 123.
8. Goldrach C., *Probl. de sexol. en gynecologie*, Masson, 1964.
9. Gustafson G., *Odontostomatologie Médico-légale*, Paris, 1968.
10. Frisbie L., *Recidivism among treated sex offenders*, California Mental Health, 1965.
11. Hahn P., *Les deviations sexuelle*, Paris, 1979.
12. Huber C. J.: *Contrib. a l'étude des anomalies du comport. sexual*, Dijon, 1965.
13. Ionescu B. și col., *Patologia sexualizării*, Editura Medicală, București 1980.
14. Ionescu G., *Psihosomatica*, Editura Științifică, 1967.
15. Katchadourian H., *Fundamentals of human sexuality*, Stanford University, 1962.
16. Masters H.W., V.C. Johnson, *Les mésententes sexuelles*, vol. I, II, Paris, 1973.
17. Money J., *Sex Errors of the body*, The Johns Hopk. Press, Baltimore 1970.
18. Mutrux S., *Deviations Sexuelles masc.*, Masson, 1968.
19. Palzzoli M., *L'impuissance sexuelle chez l'homme*, Masson, 1935.
20. Pellegrini R., *Sessuologia*, Cedan, Padova, 1967.
21. Ruffié J., *De la biologie à la culture*, Flammarion, 1976.
22. Simonin C., *Médecine légale Judiciaire*, Maloine, 1962.
23. Sadokk B., Kaplan E., Freedman A., *The sexual experience*, Baltimore, 1976.
24. Scripcaru Gh. și colaboratorii, *Transsexualismul*, Rev. med. chirurg., 1980, 3, 429.
25. Scripcaru Gh., Harmanschi A., Pirozynski T., Ciornea T., *Citologia*, 1969, nr. 1, p. 97.
26. Scripcaru Gh., Harmanschi A., Velișcu C., Bulău I., CiorneaT., Brânzei P., Pirozynski T., *Rev. Med. Chir.*, 1970, nr. 2, p. 485.
27. Sekelsky H., *Sociologie de la sexualité*, Paris, 1973.
28. Serdinoov G.M., *Ginecologie și obstetrică judiciară*, Mediția, Moscova, 1964.
29. Stern E., *Déviations sexuelles*, Masson, 1960.
30. Stoica M., *Sexologie*, Editura Medicală, București, 1970.
31. Stoica T., *Pubertatea normală și patologică*, Editura Medicală, București, 1982.
32. Tordjman G., *Clefs pour la sexologie*, Paris, 1978.
33. Ursoniu C., *Igiena sexuală*, Editura Facla, 1980.
34. Văleanu V. și col., *Psihosomatica feminină*, Editura Medicală, București, 1977.
35. Willey C. J., *La sexualité*, vol. I și II, Marabout University, Paris, 1970.
36. Zilbergeld J., *La sexualité masculine*, Ramsay, 1979.
37. Zwang G., *Sexologie*, Masson, 1977.

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ ÎN DREPTUL CIVIL ŞI DREPTUL FAMILIEI

Expertiza medico-legală poate fi solicitată şi în dreptul civil ca şi în dreptul familiei, în vederea stabilirii respectării condiţiilor de contractare a unei căsătorii, a condiţiilor de desfacere a căsătoriei, a precizării factorilor patologici de cuplu care pot afecta homeostazia unui mariaj, a condiţiilor medicale privind adopţia, interdicţia de cauză psihopatologică, repararea prejudiciilor civile, a diagnosticului civil al sexului, inseminaţiei artificiale precum şi a stabilirii filiaţiei dintre parentali şi progeni.

Căsătoria reprezintă o instituţie socială la ale cărei baze psiho-biologice de fidelitate, asistenţă morală şi coabitare prevăzute de lege, contribuie în cel mai înalt grad echilibrul bio-psiho-social al partenerilor. Legea prevede că în căsătorie partenerii sînt obligaţi la fidelitate, asistenţă morală şi coabitare, prin acceptarea unui trai şi loc comun de viaţă. În acest mod, căsătoria este mai mult decît consumarea unei conjugalităţi, esenţa sa fiind empatia din care decurge fidelitatea umană. Fidelitatea reprezintă barometrul şi dovada dragostei conjugale, iar măsura ei este sacrificiul partenerilor pentru fidelitate. Deşi căsătoria este o uniune a două persoane diferite, ea implică un efort de regăsire prin celălalt, efort care implică flexibilitate, egalitate, onestitate, identitate şi încredere. Căsătoria devine astfel o aspiraţie pentru o viaţă sufletească mai bogată, o aspiraţie pentru valori iar problemele de cuplu, în primul rînd probleme morale şi apoi probleme medicale. Căci, deşi conjugalitatea implică aspectul relaţional al sexualităţii, de satisfacere a nevoilor biologice, din cuplu trebuie să se nască o nouă sensibilitate care să satisfacă nevoile culturale ale omului. Un filozof spunea că „dragostea bărbatului şi femeii, în gradul cel mai suprem este liberă, fără constrîngeri şi armonios echilibrată între corp şi spirit. Ea nu este redusă la idealizare, căci are o bază fizică şi nici la fizic, care este un obstacol al idealizării. Dragostea este un arbore ce prinde rădăcini profunde în pămînt, însă ale cărui ramuri se întind pînă la cer". Căsătoria ideală devine astfel un aspect al calităţii vieţii umane, fiind o sursă de echilibru uman şi o condiţie de realizări bazale pe care se suprapun orice aspiraţii şi idealuri. Căsătoria este o sursă de satisfacţie, de creativitate, un factor de sănătate individuală şi armonie socială. Căci nivelul individual, familial şi social de viaţă, devine o continuitate ce facilitează comunicarea specific umană. Sub aspect psihologic medical, căsătoria ideală este aceea care exercită influenţe stabilizante pentru ambii parteneri şi care constituie un nou prilej de realizare a binelui uman. Pentru aceasta, ea obligă la împărţirea egală a plăcerii, a responsabilităţii şi autorităţii, în scopul de a înlătura orice germen de suspiciune, ostilitate, izolare sau singurătate. Deosebirile dintre parteneri trebuie să devină, în căsătorie, un stimul de creştere şi o modalitate de structurare a interacţiunii în sensul respectului şi consideraţiei reciproce. Căsătoria ideală este astfel homeostazică şi oferă modele de uniune viabile şi constructive, cu care se combate eficace neliniştea şi se afirmă dragostea umană ca sursă de progres individual şi social.

Familia devine astfel o structură biologică proiectată social. Cum spunea Marx, „ea este raportul cel mai direct, mai natural şi necesar al eu-lui uman

cu altul. În acest raport vedem pînă la ce punct esența umană a devenit naturală omului și invers, pînă la ce punct natura s-a umanizat în el.".

Din acest text rezultă că viața cuplului se bazează pe iubire ridicată la rang de etică. Prin iubire se ajunge la personalizarea celuilalt, la simetria relațiilor conjugale, la comunitate de rațiuni și afecțiune, prin dragoste avînd prilejul realizării de sine prin celălalt, realizare în care diferențele dintre parteneri, departe de a disjunge, devin stimuli de homeostazie și creștere conjugală. Aceste atribute realizate prin dragoste sînt consecința faptului că ea este esența ontologică a existenței, numai prin dragoste existența putîndu-se integra în univers. Conjugalitatea promovează ideea că dragostea adevărată e cea constantă, fidelă, generoasă și spirituală și nu cea fizică, ce este întotdeauna trecătoare.

În rezumat, căsătoria implică realizarea unor aspirații materiale și sociale, de igienă și confort psihosocial, reproductive („viața fiind făcută ca să dea viață") și afective (căsătoria fiind un izvor de dragoste) precum și a unor aspirații informaționale și culturale, de experiență comună de viață.

O.M.S.-ul arată că buna funcționare sau disfuncțiile familiare trebuie să preocupe sănătatea publică pentru că familia are un rol mare în satisfacerea nevoilor comune de dragoste, apartenență, respect de sine, progres social și de dezvoltare a copiilor, capabili să mențină și să transmită valorile culturale. Medicina trebuie să studieze stressurile de mediu sau biologice care pot afecta funcțiile familiei, celulă de bază a societății.

Legea prevede că pentru realizarea unei căsătorii sînt necesare condiții psihice, fizice și morale.

Condițiile psihice sînt impuse de faptul că cuplul implică nuanțare, exclusivitate și reciprocitate afectivă, pentru a fi identic în diversitate. De aceea, bazele psihologice ale căsătoriei privesc, în primul rînd, alegerea partenerului de cuplu prin îndeplinirea nevoilor de:

— complementaritate a unei dorințe veridice de a da și de a primi afecțiune;

— dependență, dragoste și securitate, ca adevărate teste de maturitate afectivă;

— disponibilitate psihică în vederea realizării adaptării reciproce și racordării la viața de cuplu care trebuie să protejeze de apatie și indiferență.

Ori de cîte ori condițiile psihice ale căsătoriei sînt viciate prin încălcarea consimțămîntului privind realizarea sa, căsătoria se poate considera prejudiciată în condițiile sale de fond. Așa se întîmplă în situația alienației, sugestibilității, ebrietății, stărilor delirante etc., care afectează capacitatea de a consimți. Legea prevede expres că alienatul, debilul mintal, sînt opriți de la căsătorie tocmai prin invaliditatea consimțămîntului lor. Consimțămîntul poate fi viciat de erori cu privire la identitatea persoanei, în alte legi prevăzîndu-se și eroarea asupra calității personalității partenerului ca și în cazul lipsei de virginitate. Atare erori de consimțămînt existente și în alte boli fizice, perversiuni sexuale etc. au fost la noi înlocuite prin obligativitatea relatării reciproce a stării de sănătate. Ascunderea sarcinii devine astfel un dol prin reticență care nu anulează căsătoria.

Condițiile fizice ale căsătoriei se referă la existența unei diferențe de sex, a vîrstei legale (deseori graviditatea infirmă prezumția legală de impuberitate pînă la 15 ani) precum și a sănătății ca echilibru bio-psiho-social ce creează condițiile consumării sale armonioase. Orice ascundere ori lipsă de relatare a stării reale de sănătate poate constitui un viciu de consimțămînt și afectează bazele biologic afective ale căsătoriei. Tot astfel, intersexualitatea, disfuncțiile sexuale, bolile psihice sau venerice disimulate pot constitui vicii de fond la contractarea căsătoriei prin încălcarea condițiilor sale fizice.

Condiţiile morale ale căsătoriei se referă la respectul şi afecţiunea reciprocă, la climatul de stimă, încredere şi autoritate în creşterea copiilor, legea anulînd căsătoria în caz de bigamie sau incest. Sub aspect juridic, condiţiile căsătoriei sînt dirimante (alienaţia, lipsa consimţămîntului, bigamia, incestul, diferenţa de sex, vîrsta matrimonială) care duc la nulităţi absolute (căsătoria devine nulă), şi prohibitive (lipsa de comunicare a stării de sănătate, ce implică o accepţiune mai largă decît certificatul prenupţial, sterilitatea, malformaţiile, graviditatea, violul etc.) care se sancţionează. Rareori căsătoria este simulată sau fictivă.

Anularea căsătoriei se face pentru vicii de fond existente la data contractării ei (încălcarea condiţiilor sale psihice, fizice şi morale), iar divorţul se referă la desfacerea căsătoriei pentru vicii sau incompatibilităţi apărute pe parcursul vieţii cuplului. Legea nu limitează motivele de divorţ, arătînd că desfacerea căsătoriei se poate solicita pentru cauze de incompatibilitate conjugală care urmează a fi dovedite în faţa instanţei. Legea nu limitează şi nu enumeră motivele de divorţ, dar le prevede în mod expres ca posibile în situaţia stărilor de beţie notorie, alienare şi debilitate mintală, incest şi homosexualitate, cînd unul din soţi a făcut un act de omor, pruncucidere, prostituţie sau adulter, acte prin care, se încalcă obligaţia de fidelitate a soţilor. Desfacerea căsătoriei devine astfel un divorţ prin voinţa soţilor, un divorţ sancţiune sau remediu pentru încălcarea cauzelor legale (alienaţie, vătămări corporale, infracţiuni sexuale etc.) sau jurisprudenţiale (beţie, nepotrivire fiziologică, violenţe morale etc.) adecvat stipulate şi acceptate. În ţările islamice, scopul căsătoriei este procrearea şi pentru a avea cît mai mulţi copii a fost permisă căsătoria cu pînă la patru femei. Aici căsătoria este un contract în care bărbatul poate cumpăra soţia de la părinţi, poate face acest lucru încă din copilărie, iar divorţul se admite pentru apostazie (trecerea la altă credinţă), adulter (prin care se înlătură şi prezumţia de paternitate), repudiere („i se dau papucii"), consimţămînt mutual (deoarece căsătoria este un contract), impotenţă necunoscută înaintea căsătoriei şi abuz de autoritate maritală sau rele tratamente.

Condiţiile juridice ale contractării căsătoriei stimulează mariajul sănătos ce presupune capacitatea de a partaja realist scopurile şi valorile vieţii de cuplu, respectul şi acceptarea reciprocă, toleranţa diferenţelor psihologice firești, voinţa pentru interrelaţii şi creativitate, pentru cooperare în căutarea eventualelor compromisuri. În acest mod, iubirea conjugală reînnoită zilnic prin tandreţe devine forma cea mai înaltă a unei apropieri umane.

Cuplul poate fi însă şi o sursă de conflicte şi suferinţe morale, de sentimente de anxietate şi neliniște, de „cădere din fidelitate", de apatie sau incompetenţă voită, care, prin cronicizare, fac coexistenţa cuplului mai penibilă decît desfacerea sa. Sursa unor atare conflicte constă în „netoleranţa limitelor de toleranţă firească", în idealizarea excesivă a unui partener, în „căderea imaginii despre el" odată cu realitatea mai bine cunoscută sau în pierderea complementarităţii, atît de utilă cuplului. Gina Lombroso spunea că bărbatul şi femeia sînt două modalităţi complementare de existenţă a omului şi, evident, că orice conflict conjugal sau disfuncţie sexuală ce stau la baza unor adevărate conjugopatii impun desfacerea căsătoriei ca o terapie în măsură a evita izolarea, agresivitatea, maltratarea, decăderea etc. Căci conjugalitatea este un acord caracterial, intelectual şi cultural, în care sexualitatea normală îi conferă pacea la care se referea A. Paré. Fidelitatea conjugală se bazează pe o fiziologie normală a căsătoriei, care, aşa cum spunea Balzac, se află la baza moralei sale. Căsătoria, ca instituţionalizare a impulsiunilor şi concentrare spiritual-culturală, oferă şanse maxime de sublimare. Desigur, cultura evoluează în primul

rînd datorită societăţii, dar instituţiile sociale ce au permis detaşarea omului de subiectivitatea lui imediată, precum şi stabilitatea unor pulsiuni, s-au impus, în acelaşi timp, ca favorabile şi evoluţiei normelor sociale. Societatea a făcut din sexualitate o datorie conjugală iar din procreere o funcţie socială, deoarece „căsătoria este o instituţie socială iar sexualitatea consumată în alt mod, o injurie la adresa sa". În conjugalitate, sexualitatea devine un cîmp de perfecţiune estetică, morală şi de cunoaştere reciprocă (tabelul 72).

Tabelul 72

Familia

Familia, instituţie socială, biologică, pedagogică şi juridică

- **Bazele căsătoriei**
  - Biomedicale
  - Psihoafective (afecţiune şi respect)
  - Sociospirituale (partajare a valorilor)
- **Funcţiile căsătoriei**
  - Sursă de echilibru individual şi de cuplu
  - Condiţie de realizare a aspiraţiilor
  - De homeostazie valoric constructivă
  - De independenţă în interdependenţă
- **Aspiraţiile căsătoriei**
  - Materiale
  - Igienice
  - Reproductive
  - Afective
  - Intelectuale
  - Informative
  - Morale
  - Culturale
  - Sociale
- **Condiţiile generale ale căsătoriei**
  - Alegere adecvată
  - Afectivitate reciprocă
  - Vederi educative comune
  - Comunicare liberă şi cooperare permanentă
  - Fidelitate şi compromisuri acceptate
  - Asistenţă morală şi coabitare
- **Condiţiile juridice ale căsătorici**
  - Psihice
    - Exclusivitate
    - Reciprocitate
    - Securitate
  - Fizice
    - Virstă
    - Diferenţă de sex
    - Sănătate
  - Morale
    - Respect reciproc
    - Încredere reciprocă
- **Căsătoria satisface nevoi**
  - Afective
  - De apartenenţă
  - Respect
  - Comunicare
  - Sexuale
  - Progres social
- **Tendinţele familiei**
  - Dizolvarea familiei patriarhale
  - Scăderea sarcinilor social-economice
  - Scăderea importanţei vecinătăţii
  - Despărţirea de locul de muncă
  - Tendinţa la „orfelinaj"
- **Indicii familiei sănătoase**
  - Compoziţia familiei
  - Dinamica creşterii sale
  - Dezvoltarea psihofizică a copiilor
  - Personalitatea cuplului
- **Climate matrimoniale**
  - Echilibrate
  - Tensionale
    - Periodic
    - Permanent
  - Ostile

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Aproximativ 50% din cupluri au probleme conjugale, încît cuplul perfect apare ca un mit. Aceste dizarmonii pot duce însă la familii patologice şi mai ales patogene pentru copii, de la tendinţe „in group" de solidaritate şi fidelitate ajungîndu-se la tendinţe de „out group" de ostilitate şi infidelitate. Evitarea acestor disfuncţii conjugale se face şi pe cale medicală, fiind un act de curaj admiterea divorţului de către Teodora şi trecut apoi de Justinian în Digeste, pentru impotenţă sexuală masculină. De aceea, cauzele de divorţ de la cele banale (s-a cerut divorţ pentru sterilitatea soţiei care în realitate avea himenul imperforat) şi pînă la cele grave (ce pun în pericol viaţa unui partener) pot face obiectul cercetării medico-legale.

Infidelitatea ca simptom de dizarmonie conjugală are surse în conflictele intra- sau intersubiective ale partenerilor. Aceste conflicte pot genera adevărate maladii conjugale (conjugopatii) în care, inadaptarea sexuală, din simptom devine maladie. Dacă satisfacţia reciprocă este unitatea de măsură a unei bune adaptări conjugale şi factorul esenţial al ajustării reciproce, al intimităţii fizice, mintale şi spirituale („sexul a fost creat în vederea dragostei"), dacă în dragostea conjugală se exprimă personalitatea partenerului (egoismul, generozitatea sau interesele sale), dacă sexualitatea normală contribuie la sănătatea fizică şi mintală a cuplului (bărbatul şi femeia fiind complementari, sub aspect biologic) atunci, orice disfuncţie sexuală, orice inadaptare de cuplu creează dezechilibre afective ce pot sta la baza unor conjugopatii. Femeia se va plînge, în aceste cazuri, nu atît de insatisfacţii sexuale, cît de tulburări somatice, de conflicte interpsihice care vor tinde a infirma constatarea că prin dragoste, adaptarea sexuală este oricînd posibilă. Atare cauze dezmint orice contraziceri privind reuşita sexualităţii ca rezultat al unei educaţii a cuplului şi care nu implică un comportament tipic, ci dimpotrivă, atestă că viaţa de cuplu, deşi are şi un coeficient de neprevăzut ce prezumă imaginaţia şi cooperarea cuplului, ea presupune totdeauna un echilibru în măsură să dicteze normele sale de adaptare reciprocă şi să realizeze mariajul ideal bazat pe compatibilitate biologică, emotivă şi valorică.

Conjugopatiile pot fi biologice (inadaptări sexuale cronice) sau psihologice (infidelităţi, adulter etc.) şi, ca adevărată patologie a cuplului, ele duc la o conjugalitate nevrotică, la rejet şi ură, la gelozie morbidă şi incompatibilitate caracterială, la forţarea psihologică a copiilor sau la extraconjugalitate şi divorţ. În acest mod, la viciile genetice ale conjugalităţii, şi anume la mariajul accidental, fără dragoste, aventurier sau imatur, la mariajul din gelozie, abortiv fără complementaritate, egocentric sau basculat (conflictual în perioada de echilibru a celuilalt partener) se adaugă şi cauzele sale psihiatrice, sexologice sau relaţionale ce pot duce la desfacerea căsătoriei unui cuplu coercitiv sau adulterin.

Adulterul poate fi la originea divorţului ca şi a crimei pasionale. Agatha Cristie spunea că pasiunea femeii este de a stîrni dragoste iar încălcarea acestui sentiment în conjugalitate se defineşte ca adulter. În caz de frustrare, această pasiune apare ca o adevărată gelozie care devine deseori mai mult amor propriu lezat decît veritabilă afecţiune. De aceea, crima pentru adulter este deseori o marcă a egoismului pentru că dragostea veritabilă nu duce la crimă ci mai ales la suicid. În atare cazuri, frecvent, bărbatul nu se gîndeşte la metehnele sale ci la fidelitatea încălcată (tabelul 73).

Resursele medicale în rezilierea unor atare stări conflictuale şi în redobîndirea echilibrului conjugal rezidă în examenul prenupţial precum şi în consultaţia conjugală, care implică de asemenea tact, empatie şi respect. Medicul va depista orice urmă a unei patologii intrapsihice care se proiectează negativ asupra relaţiilor conjugale şi va cerceta orice factori psihologici sau relaţionali

Dizarmonii conjugale

- Riscurile conjugalității
  - Conflicte
  - Suferințe morale
  - Anxietate
  - Infidelitate
  - Izolare
  - Agresivitate
- Vicii genetice conjugale
  - Căsătorii accidentale
  - Căsătorii inafective
  - Căsătorii aventuriere
  - Căsătorii imature
  - Căsătorii abortive
  - Căsătorii egocentrice
  - Căsătorii basculate
- Conjugopatii
  - Absolute
  - Relative
    - Biologice — Inadaptare sexuală
    - Psihologice
      - Infidelitate
      - Adulter
      - Boli psihosomatice
      - Incompatibil. caracter
    - Axiologie
      - Incompatibil. valorice
      - Educ. negat. a copiilor
      - Devianță
  - Defavorizate
  - Marginale
  - Asociale
- Divorț
  - Remediu
  - Sancțiune
- Terapia eșec. conjug.
  - Sfat premarital (biologic, afectiv)
  - Sfat genetic
  - Coinvestigații de cuplu
  - Coterapie de cuplu

Planific. familiei (model cultural)

Fecundarea artificială:

- Condiții
  - Capacitate civilă
  - Sterilitate ireversibilă
  - Consimțământ scris
  - Secret absolut
  - Donator necunoscut
- Implicații
  - Psihologice
  - Sociale
  - Juridice
  - Familiale
  - Medicale

Adopția
- Baze medicale
- Baze sociale
- Reușita adopției
  - Motivații
  - Condiții
  - Informare
  - Precocitate

de dezechilibru homeostatic conjugal. Examenul medical prenupțial se va extinde și pe plan spiritual și afectiv, pentru a evita orice inadaptare ulterioară a cuplului și, cu ajutorul partenerilor, va explora toate căile unei adaptări reciproce utile. Prin coterapie și coinvestigație, medicii se vor apropia de patologia *in situ* a cuplului, iar prin psihoterapie vor stimula empatia, toleranța reciprocă și aspirațiile comune.

BCU IAȘI / CENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

Medicul este obligat a recunoaşte căsătoriei bazele sale bio-medicale alături de cele socio-spirituale şi psiho-afective, în vederea contribuţiei la stabilitatea şi progresul său. Mai mult, cum conjugopatiile afectează şi evoluţia copiilor, dizarmoniile conjugale nu trebuie lăsate la discreţia intuiţiei partenerilor sau sfaturilor empirice, ci trebuie abordate ştiinţific, partenerii fiind stimulaţi a contribui la formarea personalităţii lor conjugale prin acord reciproc, armonie şi empatie. Căci reuşita conjugală, acordul fizic, mintal şi spiritual din căsătorie dau durabilitatea cuplului, evită dizarmoniile conjugale, asanează cauzele de divorţ şi contribuie la buna creştere a copiilor (tabelul 74).

Tabelul 74

Efectele conjugopatiilor

- Sindromul copilului maltratat — Caracteristici medico-legale
- Sindromul femeii bătute
- Devianţa prin
  - Situaţii patogene
    - Carenţa afectivă
    - Demisia de la autoritate
  - Inadaptare şcolară
- Patologia psihiatrică de cuplu
  - Sugestibilitate şi inducţie
  - Alcoolism cronic
  - Gelozie patologică
- Violenţa familială
  - Etiologie
  - Victimologie
- Incompatibilităţi sexuale
  - Bărbat
  - Femeie
- Consecinţe
  - Conflicte
  - Stări psihomatice
  - Nevroză în doi
  - Perversiuni
  - Suicid
- Adulter — cauze, remedii

Adopţia sau *înfierea copiilor* este o problemă juridică în formă dar cu baze medicale în fapt. Adopţia reuşită se bazează pe realităţi psihologice şi medicale ce condiţionează integrarea copilului în noua familie şi evită orice dificultate de adaptare. Adopţia implică transpunerea copilului adoptat în noua familie ca într-o adevărată filiaţie reală, şi nicidecum ca într-o familie ce doreşte compensarea unui cuplu steril prin copilul ce devine un fel de „proteză familială". Dar, cum adopţia nu poate fi întotdeauna ca o adevărată legătură biologică, rezultă şi riscul unor inadaptări, în care copiii înfiaţi aruncă asupra părinţilor biologici responsabilitatea abandonului lor, deformîndu-şi într-un sens agresiv imaginea parentală în general. Astfel, iniţial, aceşti copii pot prezenta o simptomatologie de limită cu inhibiţii, nelinişte de abandon, nostalgie şi agresivitate şi mai rar se pot sistematiza chiar deliruri de filiaţie, cînd frustrarea prin carenţă parentală produce sechele asupra personalităţii. Aceste tulburări se vor accentua, ori de cîte ori părinţii adoptivi devin patogeni prin efectuarea unei adopţii sub alte motive decît cele umane şi în interesul excesiv al copilului, sau prin refuzul relevării adopţiei. Copilul va trăi o frică permanentă rezultată din imaginea sa dublă despre părinţii reali şi cei idealizaţi, pe care îi va căuta permanent.

Reuşita unei adopţii ţine deci de motivaţia înfierii care trebuie să fie exclusiv afectivă, de disponibilitate şi integrare a copilului într-un trecut cît mai

demn. Adopțiile egoiste ale unor părinți hipocondrici, patogeni etc. sînt, de regulă, nereușite. Apoi, cerințele de stabilitate, intimitate, reciprocitate, fidelitate, solidaritate, disponibilitate și adaptare reciprocă ale cuplului sînt necesare, în primul rînd, educării copiilor și cu atît mai mult a celor adoptați. O astfel de educație familială vizează educația intelectivă a copiilor în sensul îmbogățirii ideației lor, educația afectivă în sensul deschiderii lor spre valori umane și, în sfîrșit, educația volitivă în sensul unor juste deliberări de viață. Pentru a se realiza aceste obiective, adopția trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

— să se facă totdeauna în interesul celui înfiat și nu al soților ce înfiază;

— să creeze aceleași condiții de dezvoltare fizică și morală a copiilor înfiați ca și a celor naturali;

— să se bazeze pe consimțămîntul ambilor soți;

— să se bazeze pe motivații altruiste și nu egoiste (cum ar fi combaterea unui „vid egocentric" la bătrîneță, terapia unei nevroze sau satisfacerea unei nevoi conformiste etc.);

— să releve, de la început (încă în primul an), copilului, situația de adoptat pentru ca aceasta să se dezvolte în securitate. Relevarea statutului de înfiat, încă de la început, va ajuta la crearea unor legături afective cu părinții adoptivi, iar pentru ca șocul de a fi fost abandonat să nu fie brutal, se va motiva înfierea prin orice altă situație decît abandonul;

— adopția să se facă cît mai precoce, chiar înainte de 6—10 luni și obligatoriu înainte de 3—4 ani, selecția copilului cedînd nevoii de selecție a părinților, în vederea unei concordanțe adoptive ulterioare;

— să aibă în vedere dificultățile separării de frați, fapt care obligă la crearea unui climat familial cît mai asemănător.

Numai respectînd aceste cerințe, înfierea va fi autentic reușită.

Alte condiții se referă la vîrsta cît mai apropiată de vîrsta copiilor (ca într-o familie normală), sănătatea copilului va fi cunoscută, în unele legislații mama nemaiavînd dreptul de a vedea copilul adoptat, fapt logic dar nu uman.

Interdicția de a folosi unele drepturi civile se solicită în cazul afectării discernămîntului prin unele boli psihice și se rezolvă după regulile metodologice generale ale expertizei psihiatrico-legale. De regulă, psihozele, care alterează discernămîntul interrelațiilor proprii, anulează și capacitatea intelectivă și volitivă de a contracta valid diferite acte civile (donații, vînzări, cumpărări, testamente etc.). În aceste cazuri, în baza actului medico-legal, se procedează la punerea persoanei sub tutelă (va căpăta un reprezentant legal) sau curatelă judiciară (se vor supraveghea numai actele pe care persoana le face).

Repararea prejudiciilor civile rezultate din fapte penale se face în baza unei expertize medico-legale care evaluează gravitatea și întinderea acestor prejudicii. Dintr-un fapt penal de vătămare pot rezulta incapacități de muncă totale sau parțiale, infirmități, prejudicii estetice etc. care trebuie evaluate procentual, în vederea recuperării lor civile (pecuniare). Se recuperează judiciar atît pagubele suferite *(damnum emergens)* cît și cele nerealizate *(damnum cesans)* prin faptul penal ilicit. Recuperarea judiciară se face deci în baza evaluării medicale a prejudiciilor rezultate dintr-o vătămare ce este expresia unei fapte penale.

Diagnosticul civil eronat al sexului obligă la schimbarea sa, ori de cîte ori, consecutiv explorărilor medico-legale, se constată o eroare de înregistrare a sexului datorită unei intersexualități. Ca regulă generală, în evidențele civile, subiectul se va înregistra corect sub justificarea unei erori de înregistrare și în raport de caracterele sexuale predominante în fenotip și rezultate din explorări exhaustive. O astfel de înregistrare corectă este absolut necesară, deoarece

din noţiunea de sex civil decurg multiple consecinţe juridice şi sociale, printre care contractarea unei căsătorii, satisfacerea unor obligaţii sociale, statutul profesional al unei persoane, calificarea unor infracţiuni (incest, atentat la pudoare) etc.

Inseminaţia artificială constituie o procedură tehnică medicală de evitare a sterilităţii unui cuplu, pe care unii autori o preferă adopţiei. Ea poate fi o homoinseminaţie, cînd donator este însuşi partenerul, sau o heteroinseminaţie, cînd donatorul este o terţă persoană. Pe lîngă problema echilibrului dintre riscul moral şi beneficiul biologic pe care îl ridică inseminaţia artificială, datorită unor alte riscuri ulterioare (legate de filiaţie, de înregistrare civilă corectă etc.), inseminaţia artificială ridică şi probleme de legitimitate juridică. Unii autori consideră heteroinseminaţia, sub aspectul filiaţiei reale, similară unui viol sau unui fals în actele publice, încît acceptă juridic doar homoinseminaţia. Riscurile unor transferuri afective către donatorul necunoscut ar fi un alt argument în acest sens. Ea are, mai frecvent, indicaţii în aspermia soţului şi obligă la informarea cuplului, la consimţămîntul soţului, alegerea donatorului, stabilirea identităţii legale a viitorului copil etc. E indicată şi la heterozigoţi cu anomalii genice ca şi în mariajele eugenice (a celor cu afecţiuni ereditare), cînd sfatul genetic premarital se va baza pe informarea detaliată a cuplului, pe respectarea dreptului său suveran de a decide, medicul avînd doar obligaţia de a evalua riscul transmiterii unor boli ereditare în vederea luării unei decizii de către cuplu. Consimţămîntul la inseminaţie este egal cu recunoaşterea paternităţii.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITARĂ

CERCETAREA MEDICO-LEGALĂ A FILIAȚIEI DINTRE PARENTALI ȘI PROGENI

După lege, filiația față de mamă rezultă din actul nașterii *(mater semper certa est)* iar filiația față de tată, în virtutea fidelității conjugale, rezultă din prezumția de paternitate *(pater is est quem nuptiae demonstrant)*. În anumite împrejurări însă, între noțiunea de tată biologic (tată real, genetic) și cea de tată juridic (din care decurg obligații juridice) există o discordanță în sensul că, juridic, copilul este descendentul unui părinte iar biologic este descendentul altuia. Lipsa de coincidență a filiației biologice cu cea legală duce la un conflict de filiație. În aceste situații de tată incert *(pater incertus est)* sau de mamă necunoscută, se recurge la o cercetare medicală în scopul stabilirii filiației genetice reale și a asumării de către aceeași persoană a atributelor de tată de drept și tată de fapt. Astfel, cercetarea filiației se va face ori de cîte ori tatăl este necunoscut (ca în caz de *plurium concubitum)* sau cînd acesta nu-și recunoaște copilul (copii ilegitimi, proveniți din afara căsătoriei, copii cu mame singure) și mai rar în caz de tăgadă a paternității, cînd, într-un cuplu legitim, tatăl contestă paternitatea unui copil legitim. De aceea, prezumția de paternitate este numai în mod relativ „sacrificarea unui adevăr biologic în numele unei realități sociologice", deoarece, nu numai din motive etice dar și sociale, în orice circumstanțe, cercetarea paternității devine posibilă și certă în scopul de a conferi un substrat material unei atare prezumții.

Ca evoluție istorică, la început, filiația se stabilea numai față de mamă. Și astăzi, la evrei, numai mama fiind certă, etnia se acordă numai după mamă. La arabi medicul arăta în tribunal arborele genealogic cu posibilitatea apariției caracterelor de la înaintași. Au fost și reprezentări neștiințifice asupra cercetării paternității (cînd regina Etiopiei, după relațiile cu un negru a născut un copil alb, aceasta s-a datorat faptului că în timpul raportului sexual femeia s-a gîndit la un alb; cînd un soț a lipsit 4 ani de acasă și soția a născut, tribunalul din Grenoble a spus că aceasta s-a datorat faptului că soția s-a gîndit la el și a avut vise erotice; în alte reprezentări inadecvate, în excursii, prin *aura seminalis*, cînd vîntul ducea sperma rezultată din masturbare de pe un munte pe altul și fetele rămîneau însărcinate, se apela la pictori pentru a proba filiația).

Astăzi, dacă față de mamă filiația se stabilește prin actul nașterii, față de tată ea se stabilește prin prezumția de paternitate (soțul mamei fiind tatăl copilului). Filiația legitimă are 2 condiții deci: copilul să fie conceput în căsătorie și copilul să fie conceput de tată. Tăgada de paternitate se cere pentru copii născuți înainte de 9 luni de la căsătorie, în caz de imposibilitate de întîlnire a soților, de impotență, divorț. Prezumția (admiterea ca probabil a ceva ce este posibil a fi adevărat) poate fi absolută (nu admit dovada contrarie) și relativă (cînd o admit). Prezumțiile absolute *(juris et de jure)* față de cele relative *(juris tantum)* nu-s susceptibile de transformare a posibilității în realitate cu ajutorul probei științifice (exemplu, lipsa discernămîntului pînă la 14 ani, autoritatea lucrului judecat, cunoașterea legii sînt prezumții absolute).

Filiația naturală se probează prin recunoaștere voluntară sau prin examen medical în conflicte de paternitate (între două paternități legitime la o

femeie ce se căsătorește repede după divorț, între o filiație legitimă prin actul nașterii și alta naturală prin recunoaștere voluntară, între două filiații naturale ca în cazul copilului recunoscut de doi) sau în cazul nerecunoașterii sale.

Maternitatea se cercetează în caz de neînregistrare a nașterii, abandon, furt de copii sau cînd copilul e declarat mort la naștere și apoi se constată că trăiește dar mama nu-l recunoaște.

În cazuri penale, filiația se cercetează în viol cu naștere și pluriagresori, pruncucideri cu mame necunoscute, incest (cînd tatăl copilului poate fi și tatăl mamei), sau contestă legitimitatea copilului ca în paricid, cînd se contestă paternitatea tatălui etc.

Cercetarea paternității se face de către mamă în numele copilului și pînă la vîrsta sa de un an, iar tăgada paternității se face de către tată, indiferent de vîrsta copilului. În prima situație, copilul este reclamant și tatăl reclamat iar în a doua situație, tatăl este reclamant și copilul reclamat. Căutarea (cercetarea) paternității o fac copiii ilegitimi, naturali din afara căsătoriei, iar tăgada paternității o face tatăl legitim ce prezumă ilegitimitatea copiilor legitimi din căsătorie.

Cercetarea filiației se mai poate solicita și în cazul schimburilor de copii, așa cum ar fi schimburile involuntare în maternități, în caz de calamități, cu migrări fortuite de populație, în caz de furturi de copii etc., iar cercetarea maternității se poate solicita și în caz de pruncucidere sau infanticid.

Cercetarea filiației față de tată se face prin probe care se aplică gradat și anume:

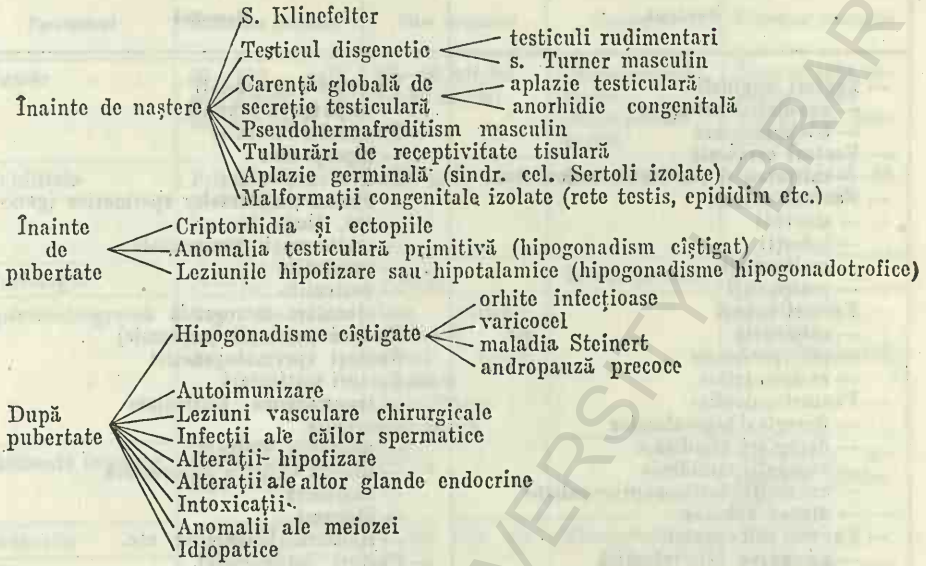
1. Stabilirea duratei gravidității constituie o probă, mai ales judiciară, care se raportează la data raportului sexual fecundant, atunci cînd el este notoriu (convieţuirea cunoscută și limitată a bărbatului cu femeia). Se consideră născut în căsătorie copilul conceput între 180—300 zile înaintea nașterii, intervalul definind limita minimă și maximă a unei gestații la un copil viu, dacă legăturile dintre soți sînt notorii. Copilul se consideră conceput de tată (prezumția de paternitate) dacă a fost născut la mai mult de 180 zile de la celebrarea căsătoriei (durată legală minimă a sarcinii) și la mai puțin de 300 zile de la desfacerea căsătoriei (durata legală maximă a sarcinii). De exemplu, dacă un copil este născut la 280 zile dar tatăl dovedește că convieţuiește cu femeia numai de 200 zile, justiția poate aplica această probă judiciară în excluderea paternității; sau, copilul născut după 300 zile de la desfacerea căsătoriei (interval clasic de viduitate) nu poate fi pus pe seama căsătoriei anterioare, dacă se dovedește că legăturile conjugale au încetat definitiv. Tot așa un copil născut la 300 zile de la încetarea căsătoriei și la 180 zile de la încheierea ei va fi considerat conceput în timpul căsătoriei și va avea ca tată pe soțul legitim al mamei. Deși în legislația noastră acest interval de viduitate nu mai operează, se pot ivi însă conflicte de paternitate, atunci cînd femeia naște într-o astfel de situație civilă și familiară.

2. *Incapacitatea de procreare a bărbatului* este deseori invocată ca o scuză de paternitate. Impotența de coabitare nu exclude paternitatea, deoarece, procrearea este posibilă și în prezența unor disfuncții de coabitare (exemplu, ejaculare anteportas urmată de sarcină ca în cazul tulburărilor de ejaculare, a impotenței de erecție etc.). Incompetența de coabitare, ca scuză a paternității, ar putea fi invocată numai în cazul leziunilor sau malformațiilor peniene grave, existente în perioada concepției copilului (tabelele 75, 76, 77).

Incapacitatea de procreare constituie însă o cauză reală de infecunditate ce poate exclude un bărbat de la paternitate dacă exista la data concepției

Tabelul 75

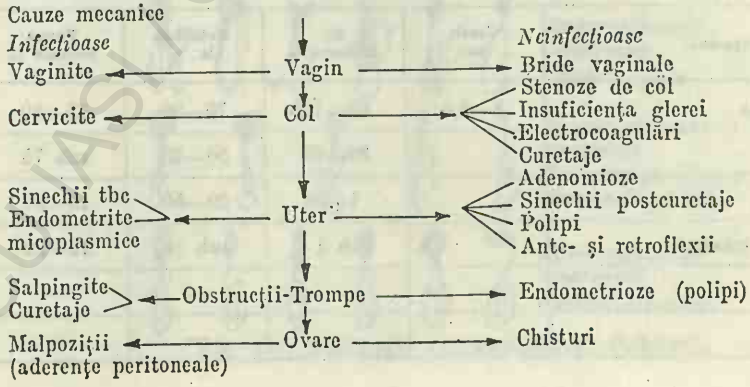
Etiologia sterilităţilor masculine (J. Cohen)



Tabelul 76

Sterilitatea feminină (cauze)

1. Cauze congenitale
2. Cauze endocrine (anovulaţie sau ovulaţie inconstantă = disovulaţie)
   - — Factori neuropsihici (gonadotrofine insuficiente) < iatrogene (rezerpină, Dopa, contraceptive); tumori hipofizare sau ale ventriculului III; hiperprolactinemii
   - — Anorexie
   - — Obezitate
   - — Maladii endocrine extragenitale < afecţiuni tiroidiene; diabet
   - — Disgenezii gonadice
   - — Menopauză precoce
   - — Polichistoză ovariană < ovarită sclerochistică; maladia Stein-Leventhal
   - — Psihogene < şocuri emoţionale; fragilitate afectivă
3. Cauze mecanice



Tabelul 77

Sterilitate conjugală

Feminină	Masculină
— Factori vaginali — anomalii anatomice — trichomoniază — Factori cervicali — calitatea și cantitatea mucusului — Factori uterini — sinechii — infecții — malformații — malpoziții — Factori tubari — salpingite — pelviperitonite — endometrioze — Factori endocrini — dereglări hipotalamice — dereglări hipofizare — anomalii tiroidiene — anomalii corticosuprarenaliene — diabet zaharat — Factori psihogenici — amenoree hipotalamică	— Factori funcționali — impotență sexuală — Factori anatomici — hipospadias — Factori urologici — obstrucția ductelor spermatice (gonoree, tbc) — malformații congenitale — prostatite — veziculite — ejaculare retrogradă — Factori seminali (aspermie) — Factori spermatogenetici — Factori testiculari — traumatisme testiculare — orchite — miotonia Steinert — fibroza chistică pancreatică — varicocel — hidrocel — sindrom Klinefelter etc. — Factori imunologici — incompatibilitate ABO — autoimunitate

copilului. În acest scop se impune efectuarea unui examen al lichidului seminal (spermogramă), care, dacă prezintă anomalii de tipul azoospermiei sau necrospermiei la data și în perioada concepției, duce la concluzia lipsei de paternitate (tabelele 78, 79).

În mod normal, pe zi se produc 18^g spermatozoizi, care traversează epididimul în circa 14 zile, încît, normal, spermatogeneza durează 74 zile. Un ejaculat normal conține 3—4 ml lichid seminal iar un ml de lichid seminal include 60—120 milioane spermatozoizi. Se pare că astăzi densitatea spermatozoizilor a scăzut de la 90 milioane/ml (în 1930), la 60 milioane/ml. Numărul mare de spermatozoizi într-un ejaculat menține *sex ratio* făcînd ca șansele de fecundare cu spermatozoizi X sau Y să fie egale. La spermatozoizi se cercetează nu numai numărul ci și morfologia și motilitatea lor (fig. 300, 301).

Tabelul 78

Valorile spermogramei (Prokop)

Diagnostic	Cantit. (ml)	Nr. milioane/ml	Mobilitate la %	Forme normale %
Normospermie	3—3,5	60—120	70—90	75—80
Oligospermie		30—60	50—75	sub 75
Hipospermie		1—30	20—50	10—30
Hipospermie maximă		sub 1	sub 10	10—20
Azoospermie		—	—	—
Aspermie		—	—	—

Spermograma

Parametrul	Rezultate normale	Cifre anormale	Denumirea	Orientare etiologică
Număr	60—150 mil. spermatoz. pe ml (sau cm³)	20—60 mil/ml 1—20 mil/ml	Oligospermie moder. Oligospermie severă	Fecunditate necompromisă Sterilitate probabilă
Mobilitate	Primele 3 ore > 60% La 24 ore >10%	<50% la 4 ore	Astenospermie	Se asociază cu oligospermie
Morfologie	>60%	<60%	Teratospermie	
Spermocitogramă	Cap, piesa intermediară, coada	Cap efilat + anomalii ale piesei intermediare Aglutinarea spermatoz.		Varicocel? Infecție? Autoimunizare?
Elemente imature	Spermatocite + tide >5%	>5%		Sterilitate secretorie probabilă
Leucocite	<1 600 ml	>500 000 ml	Piospermie	Infecție
Volumul total al ejaculatului	2—5 ml	<1 mil + azoospermie		Sterilitate excretorie sau tulburări de ejaculare

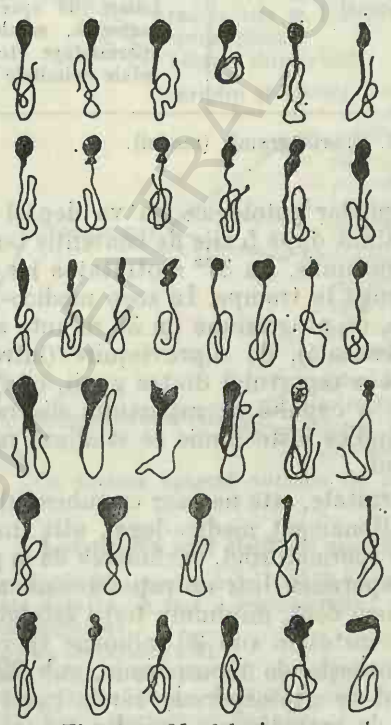


Fig. 300. Morfologia spermatozoizilor (Libhart).

Buletin de analiză a spermei (spermogramă)

Nume ..... **Vîrstă** .....

Caracter	Valori normale	Abateri de la normal
Volum	2—5,5 ml	— crescut (multisemic) sau scăzut (parvisemic)
*p*H	7,2—7,8	— aciditate sau alcalinitate pronunţat
Aspect	opalescent, lactescent, neomogen	— fluid, transparent (azoospe mii; dop gelatinos neomogenizabil; culoare roz (hemospermil), gălbui (piospermii)
Fructoz	22,4 mg/100 ml	—
Tim de omogenizare	10—30 minute	— absentă sau tardivă
Nr. pe 1 ml	60 000 000 (limite: 40 000 000— —250 000 000)	— azoospermie, oligo-, hipo-, sau polispermie
Motilitate	60% după 4 h (limite: 40—100%)	— necrospermie, akinezie, astenospermie, hiperkinezie
Aprecierea vitezei	+ + + — + + + +	
Forme normale	peste 80%	— exces de spermatozoizi imaturi, sau hipermaturi
Forme degenerate	sub 20%	— teratospermie (exces de spermatozoizi bicefali, giganţi, hipercromi etc.)
Celule germinale	2—5 celule la 100 spermatozoizi	— celule germinale în exces (exfoliere de spermatogonii, spermatocite, celule multinucleate, spermiofage etc.); leucocite şi celule epiteliale

Fig. 301. Spermogramă (model).

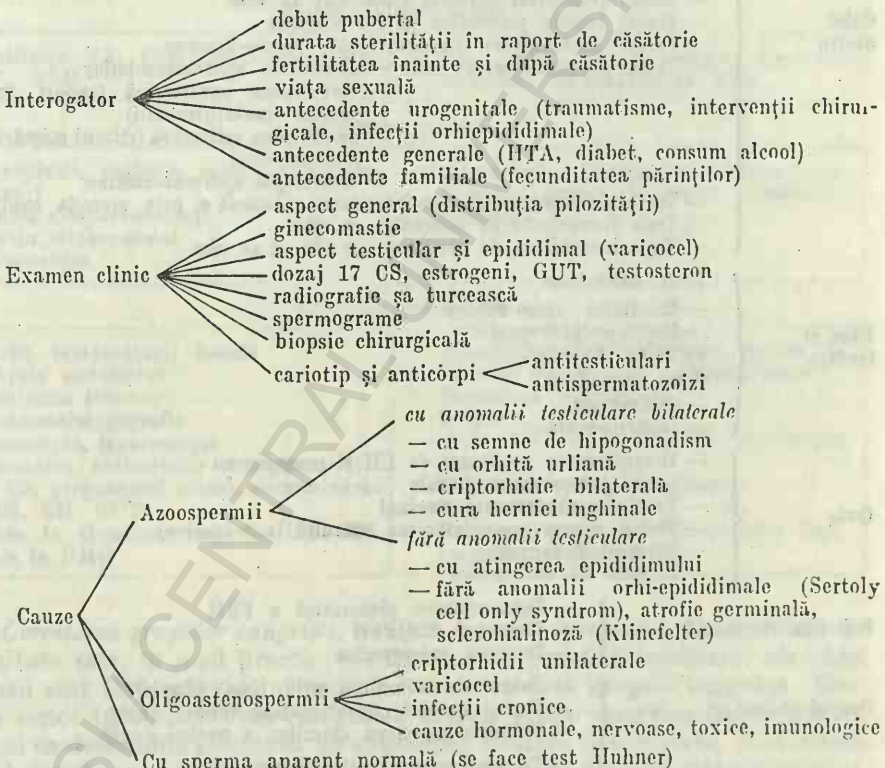
Astfel, normal, numărul formelor patologice nu va depăşi 20—25% iar motilitatea lor va fi de 4 mm/minut după 5 zile de contenţie iar 60% vor rămîne mobili după 4 ore de la emisiune. La 37° motilitatea lor de 3—4 mm/minut îi face ca în 2 ore să ajungă în trompe. În scop medico-legal se poate stabili şi un indice de vitalitate, de progresiune (în 30 minute spermatozoizii trebuie să parcurgă 11 mm/verticală), de supravieţuire (între 2—48 ore), de atipie morfologică, un indice a raportului dintre gonii, cite, tide şi spermatozoizi, a valorii biometrice a capului (a raportului dintre lungimea şi lăţimea capului) precum şi un indice histochimic ce studiază raportul dintre ARN şi ADN la nivelul capului.

Pentru a fi exclus de la paternitate, este necesar ca subiectul să prezinte o azoospermie totală. Într-un raţionament medico-legal, atît timp cît pentru fecundare este necesar un singur spermatozoid, excluderea de la paternitate se poate face doar în situaţia azoospermiei. Într-un raţionament medical autentic însă şi de care trebuie să ţinem cont, minimum fertil este acel din cadrul oligospermiilor severe, în care constatăm sub 20 milioane spermatozoizi/ml. Între 20—40 milioane/ml se vorbeşte de hipospermie, sub 20 milioane/ml de oligospermie, sub 1 milion/ml de criptospermie, iar în cazul lipsei totale, de azoospermie. Dar, în situaţii de excepţie, s-au produs sarcini şi la 20 mili-

oane spermatozoizi/ml sau mai puțin, fapt ce arată că concluzia de infertilitate trebuie atent corelată cu concluzia de excludere de la paternitate, prin explorări cît mai extinse și amănunțite. Cauzele sterilității masculine, care dețin 30% din sterilitatea cuplului (în 50% din cuplurile infertile este vinovată soția și în 20% ambii soți) sînt numeroase, de la sterilitățile organice (prin orhite luetice, tuberculoase, alcoolism cronic, raze X, gonoree etc.) pînă la cele imunologice (exemplu, bărbatul AO va prezenta spermatozoizi cu antigeni A și O. Spermatozoizii A vor fi aglutinați, prin anticorpii glerei cervicale de către soția de grup A și numai spermatozoizii cu antigen O vor reuși să traverseze colul uterin). Se va avea în vedere faptul că tratamentul cu citostatice produce azoospermie, ca și criptorhidiile bilaterale, față de cele unilaterale ce produc oligospermie etc. Rezultatele spermogramei sînt valabile însă numai la data examenului iar cercetarea unei sterilități masculine se face după o metodologie precisă (tabelele 80, 81, 82, 83).

Tabelul 80

Sterilitatea masculină (investigație)



Tabelul 81

Investigarea unei sterilități masculine (Metodologie)

1. Testul post-sexual (6—20 spermatozoizi mobili pe un cîmp microscopic în glera cervicală).
2. Dacă testul este negativ, se face o spermogramă: volum, *p*H, număr, mobilitate, durata vitalității, morfologie etc.
   — indicele Hinglais (superior la 2)
   — indicele Farris (normal 80—180 mil. spermatozoizi)
   — indicele Botella-Lusia (sperma fertilă are minimum 20 mil. spermatozoizi/ml cu 40% mobili și 60% forme morfologice normale).
   — proba Joél și colorația Blom pentru teratospermii

3. Cercetarea lichidului seminal (fructoza, prostaglandinele, testul rezistenței la acid lactic etc.).
4. Antecedentele personale (oreion, ectopie testiculară tratată, mod de apariție a pubertății, gonoreea, infecții banale, lues).
5. Modul de viață al subiectului (mediu toxic sau în căldură, de muncă, alcoolism etc.).
6. Examen clinic (pilozitate, ginecomastie, țesut adipos, examen genitourinar, penis, scrot, testiculi, epididim, canale deferente etc.).
7. Examene complementare = urografie, dozarea 17 CS, dozarea estrogenilor, testul GUT, biopsia testiculară, investigații imunologice etc.

Tabelul 82

Diagnosticul sterilității feminine (sintetizat după A. Cioltei)

Colul uterin
- — Cantitatea glerei cervicale (crește în perioada ovulației)
- — Viscozitatea glerei cervicale cu viscozimetrul Cranc
- — Filanta glerei cervicale prin metoda Kremer
- — Cristalizarea glerei cervicale (testul cristalizării lui Paz și Palmer)
- — Indicele refractometric
- — *p*H glerei
- — Testul la glucoză prin metoda paperstrip
- — Testul de penetrare *in vitro* (Testul Sims-Huhner)
- — Testul postcoital cervical fracționat *in vivo*
- — Testul fundic postcoital al lui Huhner
- — Testul însămînțare intracervicală Seguy-Vimeux
- — Testul de penetrare *in vitro* — densitatea spermatozoizilor
  - — motilitatea cantitativă (raport spermatozoizi mobili/imobili)
  - — motilitatea calitativă (ritmul mișcării spermatozoizilor)
  - — morfologia spermatozoizilor
- — Testul de penetrare *in vitro* între lamă și lamelă și prin metoda capilarelor
- — Teste încrucișate de penetrare *in vitro*
- — Teste încrucișate de penetrare *in vitro* și *in vivo*

Uter și trompe

Teste ascendente
- — Insuflația utero-tubară
- — Histerosalpingografia
- — Testul Speeck

Teste descendente
- — Celioscopia
- — Histeroscopia

Ovar
- — Determinarea peak-ului de LH și progesteron
- — Curba temperaturii bazale
- — Frotiul citohormonal vaginal
- — Testul Knaus (receptivitatea uterului la ocitocice)
- — Electrohisterografia
- — Biopsia de endometru

Foliculul de Graaf
- — Determinarea plasmatică a FSH
- — Raportul LH/FSH
- — Dozarea estrogenilor

Corpul galben
- — Testul de stimulare prin HGC (Jayle)
- — Testul dinamic de stimulare-frenare Jayle
- — Potențializarea cu clomifen a probei Jayle

Funcția gonadotropă hipofizară
- — Dozarea gonadotrofinelor urinare
- — Testul la progestative
- — Radiografia de șa turcească
- — Testul la LHRH
- — Testul direct integrativ al adenohipofizei

Funcția gonadotropă hipotalamică
- — Testul de stimulare prin estrogeni
- — Testul de stimulare cu clomifen
- — Testul dinamic combinat LH-RF-clomifen
- — Testul clomifen — dexametazonă
- — Explorări citogenetice

Femeie	Bărbat
Anamneza	
— Afecțiuni generale — boli venerice, tbc, diabet, disfuncție tiroidiană, etilism — Afecțiuni ginecologice — avorturi, anexite, intervenții chirurgicale	— Afecțiuni generale — boli venerice, tbc, orhită urliană, traumatism testicular, cură hidrocel, varicocel, hernie inghinală, alcoolism tratament cu antimitotice
Rapoarte sexuale	
— Frecvență, durată, orgasm	— Frecvență, durată, impotență
Examen psihologic	
Examen clinic general	
— Virilizare, TA, VSH, BW, hemogramă, T_3, T_4, TSH	— TA, VSH, BW, pilozitate, diametru bicervical, bitrohanterian, voce
Examen genital	
— Hipoplazii, vaginite, cervicite, anexite, tumori — Frotiu citobacteriologic — Frotiu citohormonal — Colposcopie	— Criptorhidie, hipospadias, varicocel, inflamații, starea prostatei, veziculei seminale
Examene paraclinice	
— Curba temperaturii bazale — Biopsia endometru — Test Sims Huhner — Histerosalpingografie — Celioscopie, laparoscopie — Cercetarea anticorpilor antispermatici — 17 CS, pregnandiol urinar, determinarea FSH, LH, GUT — Teste la clomifen, teste la LH—RH, teste la HMG	— Spermogramă (două spermograme la 74 zile: durata unei spermatogeneze) — Cromatina sexuală — Cariotip — TSH, LH, GUT, 17 CS, testosteron plasmatic și urinar — Examenul secreției prostatice — Biopsie testiculară — Examenul permeabilității ductelor (uretrografie, veziculografie)

3. Cercetarea grupelor sangvine, tisulare și serice (proteice). O expertiză de paternitate este, în mod practic, o expertiză de genetică medicală, ale cărei concluzii sînt fără echivoc, atunci cînd se cercetează grupele sangvine, tisulare și serice (proteice). Prin cercetarea acestor grupe sangvine (hematiile au antigeni ce determină formarea de anticorpi), tisulare (leucocitare, limfocitare și plachetare) sau proteice (serice) ca cele din ser sau enzimele globulului roșu, cercetarea paternității devine un „proces" al sîngelui, încît maternitatea nu se mai impune ca o problemă de fapt (transferul de embrioni la mamă face ca sub aspect biologic nici maternitatea să nu mai fie reală), iar paternitatea ca o problemă de opinie. Această expertiză de genetică aplicată se bazează pe rolul de „arhivă" genetică al ADN-ului ce se transmite din generație în generație după paradigma că orice grup sangvin are o contribuție paternă și alta maternă și orice breșă în această lege face paternitatea suspectă. Grupele sangvine sînt sisteme antigenice genetic controlate, care se prezintă ca sisteme independente

care reprezintă activitatea genelor de pe eritroblaşti şi ai căror antigeni se decelează prin reacţiile de fixare a anticorpilor. Anticorpii ce permit descoperirea antigenilor de grup pot fi naturali (autoanticorpi ce există în organism fără introducerea antigenilor, de exemplu, anti A, anti B), pot fi heteroanticorpi (formaţi prin stimularea cu un antigen, de exemplu anti M, anti *Rh*) sau izoanticorpi (rezultaţi din imunizare prin transfuzii sau prin sarcină, în cadrul aceleiaşi specii). În evoluţia speciilor, asistăm la trecerea antigenilor din plasmă pe hematii, ceea ce face ca ereditatea citoplasmatică la om să fie o excepţie dificilă de confirmat.

Sub aspect practic medico-legal, prin grupă sangvină se înţelege un caracter fenotipic ce permite a distinge diferite categorii de indivizi în interiorul aceleiaşi specii. Deşi organismul este un adevărat mozaic antigenic, aceştia se grupează însă în sisteme genetice independente (aproximativ 15 sisteme pe eritrocite), iar un sistem va prezenta un ansamblu de caractere ereditare ce vor fi expresia genelor de pe cromozomii eritroblastului. Recombinarea acestui material genetic din surse diferite produce variabilitatea sistemelor de grup, ca şi variabilitatea indivizilor în general (sub aspectul individualităţii biologice sîntem solitari în univers). În expertiza medico-legală, pe de altă parte, sistemele sangvine constituie nişte markeri care pot fi definiţi ca posedînd caracteristici genetice stabile, ce oferă trăsături contrastante care pot fi urmărite într-o filiaţie genetică (într-o succesiune de generaţii). Markerul este analog unui izotop radioactiv ce poate fi urmărit unde se fixează, iar în experienţele lui Mendel, diferenţa de culoare a mazării era un astfel de marker genetic.

În expertiza medico-legală a filiaţiei, markerii se împart în markeri morfologici macroscopici monogenici (de exemplu amprentele digitale danteliforme, dar cu frecvenţă mică în populaţie) sau markeri morfologici macroscopici poligenici (cînd un caracter este determinat de mai multe gene situate pe locusuri diferite în cromozomi şi care au efecte aditive). Cercetarea markerilor morfologici macroscopici poligenici este însă o cercetare cu valoare cantitativă şi nu calitativă de excludere de la paternitate. Dacă transmiterea monofactorială a caracterelor (o genă determină un caracter) este predominant calitativă, transmiterea plurifactorială (mai multe gene determină un caracter) este cantitativă. Ereditatea cantitativă are variaţii într-o populaţie, fenotipul poate fi influenţat de mediu, încît influenţa factorilor mezologici face ca ereditatea acestor gene să nu respecte legile mendeliene de transmitere. Markerii morfologici microscopici se referă la cercetarea cromatinei sexuale sau a cariotipului, ştiut fiind că, de exemplu, cromozomul Y lung se transmite familial. Markerii biochimici sînt, de regulă, cei farmacogenetici (de exemplu, absenţa reditară a pseudocolinesterazei nu realizează inactivarea succinilcolinei şi, prin aceasta, există riscul apneii prelungite la intubaţie în circa 1/2 000 cazuri). Markerii serologici includ grupele sangvine sau serice, cînd se cercetează condiţionarea ereditară a diferitelor proteine plasmatice sau enzime hematice.

Grupele sangvine se transmit ereditar conform legilor lui Mendel şi sînt un exemplu concludent de aplicare a acestor legi în genetica umană. Sub acest aspect legile lui Mendel sînt nişte paradigme. Prin legea dominanţei se înţelege aptitudinea alelei mai puternice de a camufla alela mai slabă, între alele fiind interacţiuni de tipul dominanţei complete, incomplete, intermediare sau de tipul codominanţei, atunci cînd ambele gene sînt active în fenotip. Prin legea segregării se atestă faptul că în succesiunile următoare de generaţii, proprietăţile recesive nu dispar, ci se manifestă ulterior. Astfel, consangvinitatea sporeşte alelele recesive homozigote care diminuează vitalitatea şi variabilitatea într-o populaţie. O altă lege a lui Mendel arată că la progeni niciodată nu apar

proprietăți noi față de proprietățile existente la părinți. Legile lui Mendel stau la baza caracterizării genetice a grupelor sangvine, care apar ca sisteme genetice stabile (mutațiile, excepționale, sînt de ordinul 1/50 000), ce formează sisteme ce segregă independent, sînt expresia genelor localizate pe cromozomii autozomali (cu excepția grupei sangvine Xg) și au un determinism monofactorial (monogenic), în sensul că o genă determină un caracter. Grupele sangvine se transmit după legea „totul sau nimic", fără forme intermediare, iar mutațiile, cum s-a spus, sînt excepționale, încît, așa-zisele excepții de la legile de transmitere a grupelor sangvine s-au dovedit, în realitate, a fi datorate ilegitimităților. S-ar putea admite o mutație numai atunci cînd un copil ar avea un antigen pe care nu-l are nici unul din părinți și se exclude ilegitimitatea. Prezența a două antigene străine face mutația absurdă, deoarece sînt imposibile două mutații simultane.

Fenotipul de grup sangvin este manifestarea genotipului, fenotip pe care îl punem în evidență prin tehnicile obișnuite de laborator de determinare a grupelor sangvine și serice. Genotipul are origine paternă și maternă și este expresia unei perechi de gene omoloage moștenite de la cei doi părinți. Fenotipul de grup A poate avea un genotip A0 sau AA, ce este expresia unei perechi de gene situate în același locus pe cei doi cromozomi omologi, matern și patern. Individul devine astfel un recombinat al parentalilor săi și, dacă locusul unui caracter este ocupat de două alele, vorbim de un sistem genetic. La organismele diploide, două alele ale unei gene vor fi totdeauna prezente, încît un caracter monofactorial va fi determinat obligatoriu de o pereche de gene alele. Ori de cîte ori genele de pe cei doi cromozomi omologi sînt identice și au funcții asemănătoare, sistemul este homozigot, și ori de cîte ori genele de pe cei doi cromozomi omologi sînt diferite dar situate în același locus, deși nu totdeauna exprimate în fenotip, va fi vorba de sisteme heterozigote. La heterozigoți, genele, sub aspectul expresiei lor fenotipice, pot fi în raport de dominanță și recesivitate (genotip A0, B0) sau în raport de codominanță (genotip AB). În stare de codominanță, genotipul și fenotipul sînt identice. Caracterele dominante sînt determinate de gene ce se manifestă în stare heterozigotă și produc efecte în doză simplă, pe cînd caracterele codominante exprimă din plin cele două alele în stare de heterozigoție; iar caracterele recesive apar numai la homozigoți.

În excluderea de la paternitate se aplică două reguli, și anume:

1. Un factor grupal de sînge (antigen sau caracter) la copil trebuie să fie prezent fie la mamă, fie la tată. Cu alte cuvinte, un astfel de factor nu poate apărea la copil dacă nu a fost prezent la unul sau altul (sau la amîndoi) din părinți. Un bărbat este exclus de la paternitate dacă el și mama nu au un antigen pe care copilul îl are, deoarece un copil nu poate avea un antigen pe care să nu-l aibă nici unul din părinții săi. De regulă, judecăm astfel: fiind vorba de caractere dominante, copilul nu va moșteni un caracter pe care nu îl are nici tata și nici mama. Dacă acest caracter este absent la amîndoi, este evident că unul din ei nu l-a transmis. Cum maternitatea nu este discutabilă, fiind dovedită de actul nașterii, tatăl se exclude. Astfel, caracterele A și B fiind dominante, nu pot apărea la copii dacă nu există la părinți, față de caracterul 0. Un bărbat se exclude de la paternitate dacă antigenul pe care el trebuia să-l transmită (A sau B) nu este prezent la copil.

2. Dacă unul sau altul din părinți este *homozigot pentru un factor grupal de sînge*, acest factor poate apărea în sîngele copilului, dar un *homozigot pentru o genă* nu poate zămisli sau fi conceput de un homozigot pentru o altă genă din același locus. Astfel, prezumtivul tată MM al unor copii NN se exclude

ca şi prezumtivul tată 1-1 al unor copii 2-2 din sistemul haptoglobinic sau „tatăl" C-C al unor copii c-c din sistemul *Rh*. Altfel spus, un copil ce are două gene ale unui sistem dat (homozigot) nu poate avea ca tată un subiect ce are alte două gene ale aceluiaşi sistem (adică să fie homozigot invers).

Deci, excluderile pot fi directe cînd:

— copilul are un factor ce nu apare la unul sau ambii părinţi;

— copilul nu are un factor pe care putativul tată îl are,

sau indirecte cînd:

— copilul are o genă în stare homozigotă ce nu apare la părinţi;

— copilul nu are o genă pentru care tatăl e homozigot.

Sistemul de grup AB0 este format dintr-un cuplu de gene alele (A şi B) constituite în 3 genotipuri: AB, AA şi BB. În realitate ne întîlnim cu 6 genotipuri (AA, BB, A0, B0, AB, 00) dintre care 3 homozigote şi 3 heterozigote exprimate în 4 fenotipuri (A, B, AB, 0). Fenotipul 0 este întotdeauna homozigot iar fenotipul AB este întotdeauna heterozigot. Celelalte fenotipuri A şi B pot fi homo- sau heterozigote. Faţă de regulile ereditare de transmitere ale acestui sistem (tabelul 84), din 2 părinţi de grupa A se nasc 25% copii cu genotip AA, 25% cu genotip 00 şi 50% cu genotip A0. Din combinarea grupei AB cu 0 se nasc obligatoriu copii A0 sau B0. Exemplele s-ar putea multiplica.

Regulile de transmitere ereditară în acest sistem duc la concluzia că:

— dacă un părinte este de grup 0, nu se pot naşte copii de grup AB şi invers;

— din părinţi A şi B pot apărea copii 0, ceea ce explică lipsa de contopire a caracterelor în descendenţă ci, dimpotrivă, segregarea lor;

— din părinţi 0 se nasc obligatoriu copii 0;

— din părinţi A şi B se pot naşte copii din toate grupele.

Tabelul 84

Condiţionarea ereditară a grupelor sangvine în sistemul ABO

Al doilea părinte		Primul părinte						
Fenotip	Genotip	0	A		B		AB	Fenotip
		00	AA	A0	BB	B0	AB	Genotip
AB	AB	A0(A)	AA(A)	AA A0 (A)	BB(B)	A0(A)	AA(A)	
		B0(B)	AB(AB)	B0(B)	AB(AB)	BB B0 (B)	BB(B)	
				AB(AB)		AB(AB)	AB(AB)	
B	B0	00(0) B0(B)	00(0) A0(A) B0(B) AB(AB)	BO BB (B)	00(0) BO BB (B)	00(0) BO BB (B)		
	BB	BO(B)	AB(AB)	B0(B) AB(AB)	BB(B)			
A	A0	00(0) A0(A)	A0 AA (A)	00(0) A0 AA (A)				
	AA	A0(A)	AA(A)					
0	00	00(0)						

Se observă, astfel, că la un copil nu poate apărea un aglutinogen dominant dacă el nu există la cel puțin unul din părinți. Un copil A va avea cel puțin un părinte de grupă A iar un copil de grup B nu se poate naște dintr-o femeie O și un bărbat A. Cu ajutorul sistemului ABO se reușește excluderea a 16% bărbați putativi incriminați într-o paternitate și, desigur, dacă ar exista posibilitatea determinării genotipului, acest procentaj ar crește.

Sistemul secretor. Se știe că 80% din persoane secretă antigenul ABO corespunzător grupei sangvine, în toate umorile, cu excepția LCR. În acest sistem, cele două fenotipuri, secretor și nesecretor, au trei genotipuri: Se Se; Se se; se se. Ca reguli generale de transmitere, din doi părinți secretori se pot naște copii nesecretori, în cazul în care aceștia sînt heterozigoți (se transmit caracterele recesive), dar din doi părinți nesecretori nu se pot naște niciodată copii secretori (exemplu, din părinți se-se+se-se este imposibil a se naște un copil Se-Se, iar dintr-un părinte Se-Se și altul se-se este de asemenea imposibil a se naște copii se-se) care vor fi obligatoriu secretori heterozigoți Se-se.

Sistemul MN este format din trei fenotipuri M, N și MN ce au trei genotipuri, din care două homozigote (MM și NN) și unul heterozigot (MN). Caracterul M și N se comportă ca două alele codominante iar legile de transmitere a acestor caractere arată că:

— mama M nu poate avea copii N, indiferent de fenotipul tatălui. Dacă într-o paternitate disputată copilul este NN, tatăl MM se va exclude;

— un părinte MN transmite copiilor unul sau altul din caractere. Dacă mama este MN și tatăl MM, de asemenea nu pot apărea copii NN. Tatăl MN nu are deci nici o șansă de excludere în acest sistem;

— din caractere homozigote vor rezulta exclusiv copii heterozigoți (MM +NN = MN);

— din căsătorii homo- și heterozigote (MM+MN, jumătate din copii vor fi MM și jumătate MN);

— din căsătorii heterozigote vor rezulta copii MN în procent de 50%, MN și NN în procente de 25% pentru fiecare fenotip (fig. 302).

PĂRINȚI				COPII POSIBILI			COPII EXCLUȘI
FENOTIP		GENOTIP		FENOTIP			
				M	N	M N	
M	M	M M	M M	100	—	—	MM, N
N	N	N N	N N	—	100	—	MN, N
M N	M N	M N	M M	25	25	50	—
M	N	M M	N N	—	—	00	M N
M	M N	M M	M N	50	—	50	N
N	M N	N N	M N	—	50	50	M

EXCLUDEREA PATERNITĂȚII		
MAMA	COPIL	TATĂL EXCLUS
M	M	N
M N	M	N
N	N	M
M N	N	M

Fig. 302. Transmiterea ereditară a sistemului MN.

În situația în care mama este decedată, dacă, de exemplu, copilul este MN și tatăl M, se va căuta caracterul N la părinții mamei și dacă aceștia nu-l posedă, tatăl se exclude.

Sistemul Rh are 6 gene constituite în trei perechi alelice (Cc, Dd, Ee). Sistemul Rh este determinat de 3 gene situate în 3 locusuri, fiecare locus avînd două alele (Dd) care sînt antitetice în sensul că absența unui caracter implică prezența celuilalt. Factorul D este cel mai puternic antigenic, în sensul că apare la cei *Rh* negativ (cde-cde) care primesc sînge *Rh* pozitiv (DD sau Dd), iar anticorpii se formează prin transfuzii, în sarcini incompatibile sau prin autoimunizare. În acest sistem, 85% din persoane sînt *Rh* pozitive, adică au factorul D prezent, și sistemul se transmite după aceleași legi ereditare. Astfel, dacă mama este CC și tatăl cc, copilul va fi obligatoriu Cc. Copilul cu caractere CDE în formă heterozigotă obligă ca aceste proprietăți să existe la unul din părinți. În cazul în care nu există, bărbatul se exclude. Copilul homozigot CDE obligă ca aceste proprietăți să fie în sîngele ambilor părinți. Din părinții Rh+ pot apărea deci copii Rh—, iar dacă ambii părinți sînt Rh—, copiii, în mod obligatoriu, vor fi Rh—. Părinții Rh+ și Rh— pot da naștere la copii Rh+. În situația în care copilul este Rh+ și mama de asemenea Rh+, bărbații Rh+ și Rh— nu se pot exclude. Dacă mama este decedată, se poate, de asemenea, exclude tata, ca în cazul în care el este CC și copilul cc, cînd tatăl prezumtiv va fi exclus, indiferent de genotipul mamei. Cu ajutorul sistemului MN și *Rh*, șansele de excludere a unui bărbat incriminat cresc foarte mult.

Sistemul Lewis este format din două antigene: Le dominant și le recesiv. Genotipic, subiecții vor fi Le-Le, Le-le și le-le.

Sistemul Kell-Cellano este format din două gene codominante, antigenul K fiind denumit și antigen public, deoarece are o frecvență de 90%, iar indivizii pot fi KK, Kk și kk.

Sistemul Duffy are 2 gene codominante (Fya și Fyb) care dau 3 fenotipuri Fy (a+ b+); Fy (a+ b—); Fy (a— b—).

Sistemul Lutheran are 2 gene (Lua și Lub) care dau, de asemenea, trei fenotipuri: Lu(a+ b—); Lu(a+ b+); Lu(a— b+).

Sistemele leucocitare sînt reprezentate de antigenii sistemului HLA (human leucocytes antigen) ai căror anticorpi provin de la persoane care au primit grefe, transfuzii etc. De asemenea, acest sistem are aplicații în excluderea paternității. Astfel, sistemul HLA este localizat pe perechea a 6-a de cromozomi și corespunde la 3 locusuri: SD_1 cu 14 alele, SD_2 cu 16 alele (combinațiile dintre ele dînd 40 000 fenotipuri) precum și SD_3 (ce cresc numărul de combinații posibile la milioane). În cazul în care tatăl prezumtiv este $A_{1,2}$—$B_{7,8}$, mama $A_{3,9}$ — $B_{12\text{-}14}$ pentru ca acesta să nu se excludă, copilul va lua de la mamă A_9, B_{14} și de la tată A_2, B_7 fiind de fenotip $A_{2,9}$—$B_{7,14}$.

Grupele serice sînt mai vechi din punct de vedere filogenetic decît grupele sangvine și antigenii lor se află în plasmă. Grupele serice pot fi imunologice (cînd, ca anticorpi se utilizează seruri de animale imunizate, de la politransfuzați sau de la cei cu boli reumatice), electroforetice (bazate pe migrarea diferită într-un cîmp electroforetic), imunoglobulinice (exemplu sistemul Gm), lipoproteice, transferine (exemplu colinesteraze) sau alfaglobuline (exemplu haptoglobinele). Grupele serice enzimatice se referă, de exemplu, la prezența sau absența fosfatazei acide pe eritrocite, la absența glucozo-6-fosfatdehidrogenazei care la cei tratați cu sulfamide produce porfiria acută, la absența enzimei ce inactivează hidrazida (existînd inactivatori rapizi și lenți), sau la absența pseudocolinesterazei care produce apneea prelungită din intubațiile

cu dibucaină. În această ultimă grupă, părinții pot fi AA (fără sensibilitate la substanță), aa (cu sensibilitate și reacții prelungite) și Aa. Din părinți aa nu se pot naște copii AA. Din părinți AA și aa se pot naște copii Aa, încît transmiterea caracterelor se face ca la orice sistem cu două gene alele.

Sistemul seric haptoglobinic prezintă trei fenotipuri cu trei genotipuri. Fenotipul 1—1 (rapid) are genotipul Hp1—Hp1. Fenotipul 2—2 (lent) are genotipul Hp2—Hp2, iar fenotipul 2—1 are genotipul Hp2—Hp1. Genele sînt codominante, deci fără dominanță și recesivitate. În fenotipul 1—1 s-au descris fenotipuri rapide (F) și lente (S) cu următoarele genotipuri: Hp1F—Hp1F; Hp1S—Hp1S; Hp1F—Hp1S. Ca reguli de transmitere ereditară (fig. 303), din părinți 2—2 și 1—1 se vor naște în mod obligatoriu copii 2—1. Nu se pot naște copii 1—1 dintr-un părinte 2—2, indiferent din ce grupă face parte celălalt părinte. Mama 1—1 care naște un copil 1—1 obligă ca tatăl real să posede acest caracter (1—1, 2—1). Mama 2—2 și copilul 2—1 exclud pe tatăl 2—2 de la paternitate. Cu sistemul haptoglobinic se ajunge la 70% excluderi de la paternitate și, dacă s-ar investiga toate sistemele, iar femeia ar desemna în mod exact bărbatul real, excluzîndu-se deci un *plurium concubitum*, s-ar putea ajunge la excluderi de 100% care practic ar echivala cu afirmarea pozitivă a paternității.

Multiple alte stări patologice pot avea un caracter ereditar și pot ajuta la excluderea paternității.

De exemplu, anomaliile corpusculare ereditare ale sîngelui (anomalia Pelger — Huet, cu nucleul leucocitelor nesegmentat) se transmit dominant, în sensul că cel puțin unul din părinți posedă anomalia. În cazul în care anomalia nu există la unul din părinți, tatăl se exclude. În transmiterea recesivă, părinții heterozigoți nu prezintă anomalia sangvină, care va apărea numai la copii homozigoți. Un alt exemplu disparat: sindactilia bilaterală a degetelor 2—3 de la picioare se transmite, de asemenea, dominant pe linie paternă, încît frecvența sa rară în populație precum și expresivitatea sa pledează pentru utilizarea sa în concluziile de paternitate. În sfîrșit, cromozomul Y a fost aplicat în excluderea paternității, utilizîndu-se trei metode simultane de cercetare (fluorescența, denaturarea și măsurarea raportului dintre lungimea cromozomului și lungimea medie a cromozomilor din aceeași grupă la 100 de celule). În practică se pot prezenta trei situații:

— Disparitate evidentă între lungimea și/sau structura cromozomului Y al tatălui prezumtiv și al fiului. O diferență superioară la 30% devine semnificativă și nonfiliația este foarte probabilă.

TIPUL Hp TATEI	TIPUL Hp MAMEI	COPII POSIBILI	COPII EXCLUȘI
1—1	1—1	1—1	2—1; 2—2
1—1	2—1	1—1; 2—1	2—2
1—1	2—2	2—1	1—1; 2—2
2—1	2—1	1—1; 2—1; 2—2	—
2—1	2—2	2—1; 2—1	1—1
2—1	2—2	2—2	1—1; 2—1

Fig. 303. Transmiterea ereditară a Hp.

— Dacă nu apare o disparitate și diferența este sub 25%, excluderea sau posibilitatea paternității nu poate fi afirmată pe baza acestui singur mijloc de investigație.

— Cînd, rareori, la unul din părinții prezumați și la copil se găsește o anomalie sau o variantă de cromozom Y (cromozomi mari sau de talie mică, cu sateliți, cu translocații sau inversie para-ori metacentrică), paternitatea se consideră într-un grad foarte înalt ca posibilă. În cercetarea paternității, studiul cromozomului Y se poate completa cu cercetarea variațiilor ereditare a altor cromozomi, mai ales a cromozomilor acrocentrici, cu vizualizare prin evidențierea bandelor C în nucleul din interfază, a centromerilor și a segmentelor heterocromatice etc.

Ca modalitate de exprimare rezultată din cercetarea grupelor sangvine, tisulare sau proteice, excluderea de la paternitate apare ca o primă posibilitate pentru că, așa cum s-a spus, nici o genă nu poate fi prezentă la copil, dacă nu e nici la tată nici la mamă. O genă prezentă la copil și absentă la mamă vine de la tată. Dacă este absentă și la tată, acesta se va exclude *a priori*. Afirmarea posibilității de a fi tată, utilizată mai ales în *plurium concubitum*, comportă prudența deosebită. Cînd mai mulți indivizi prezintă aceeași configurație la multiple investigații, încît nu pot fi excluși, afirmarea probabilității de a fi tată are o valoare exclusiv orientativă și nu decisivă.

Dermatoglifele. Cercetarea transmiterii ereditare a crestelor papilare sau plantare, deși identitatea lor nu este posibilă nici la gemenii univitelini, arată că deducerea genotipului din fenotip nu este posibilă, deoarece sînt condiționate de mai multe gene, fiind caractere polimerice sau polifactoriale. Identitatea lor s-a calculat ca fiind posibilă de ordinul a 1 la 64 miliarde amprente, iar astăzi computerele permit prelucrarea a 1 milion de amprente pe oră în scop de identificare. Dermatoglifele palmare pot fi de tip deltic (sinistro- sau dextrodeltic) cu creste în arc, și de tip bideltic cu creste în verticil. În general, un copil trebuie să moștenească jumătate din desenele papilare de la mamă și jumătate de la tată. Pe baza asemănării sau lipsei de asemănare a dermatoglifelor se afirmă posibilitatea de a fi sau de a nu fi tată. Structurile danteliforme cu determinism genetic monofactorial ca și minuțiile (detaliile crestelor) aduc un aport mai mare în acest sens. Este cunoscut aportul dermatoglifelor în diagnosticul bolilor genetice, diagnosticul de trizomie 21 putîndu-se stabili, cîteodată, numai pe baza inspecției dermatoglifelor. Posibilitatea de a fi sau de a nu fi tată, afirmată dermatoglific, se confirmă însă pe cale serologică.

Cercetarea *antropologică* se referă la stabilirea proprietăților fizice comune pe care un copil le are cu tatăl său prezumtiv, sau la stabilirea unor semne rare existente la tată și copil, cu valoare în diagnosticul de tată (exemplu, hipertricoza, ca anomalie transmisă pe cale masculină, în cadrul eredității holandrice). Este cunoscut faptul că din căsătoria a doi indivizi cu părul roșu sau cu ochi albaștri se nasc copii cu aceleași caractere antropologice datorită transmiterii lor recesive. Dar, rolul factorilor mezologici este foarte mare în cercetarea antropologică, încît cercetarea nu se poate face decît după 3 ani și, pentru a se evita concluziile subiective, se recurge la măsurători, descrieri, fotografii sau amprente ale diferitelor segmente corporale ce se vor prelucra matematic, în vederea unei concluzii de asemănare sau nonasemănare. Deci, deoarece caracterele somatice sînt determinate de mai multe gene și puternic influențate de mediu (exemplu forma craniului prin rahitism), concluzia nu va putea fi niciodată absolută de afirmare sau de excludere de la paternitate.

În schimburile fortuite ca și în răpirile de copii, în calamități etc., după aceleași reguli de transmitere ereditară a caracterelor se poate exclude mama

(mama 0 nu poate avea copii AB, mama MM nu poate avea copii NN etc.), în scopul repunerii copiilor în familiile lor adevărate biologic și social.

Alte probe medicale în paternitate se referă la imposibilitatea raporturilor sexuale, graviditatea existentă, gemenii cu tați diferiți etc.

Cîteva exemple de paternitate disputată vor ușura înțelegerea celor expuse. Astfel, într-un cuplu din care au rezultat doi copii a căror paternitate a fost tăgăduită, explorările serologice au arătat: soțul avea grupa A, soția grupa A, copilul 1 avea grupa A, copilul 2 avea grupa B și un alt bărbat incriminat avea grupa 0. În sistemul haptoglobinic soțul avea fenotipul 2—2, soția 2—2, copilul 1 avea fenotipul 2—1, copilul 2 avea fenotipul 2—1 și bărbatul incriminat fenotipul 2—2. Din această configurație genetică, se observă că soțul se exclude de la paternitatea copilului 1 pe sistemul Hp, deoarece caracterul 2 a fost moștenit obligatoriu de la mamă, maternitatea nefiind discutată, iar celălalt caracter, 1, copilul l-a moștenit de la un alt bărbat, deoarece soțul, fiind de grupa 2—2, nu a avut de unde transmite acest al doilea caracter, el trebuind să transmită în mod obligatoriu caracterul 1. Se observă apoi că bărbatul incriminat se exclude de la paternitatea copilului al doilea pe sistemul AB0, deoarece mama fiind de grupă A a transmis în mod obligatoriu copilului caracterul 0, iar caracterul B a fost luat de la un alt bărbat. Acesta se exclude de asemenea și prin sistemul haptoglobinic, deoarece copilul al doilea a moștenit caracterul Hp 2 de la mamă iar caracterul Hp 1 l-a moștenit de la un alt bărbat, în configurația celui analizat nefiind caracterul 1.

Într-un schimb de copii, una din familii avea următoarea configurație serologică:

tatăl	A,	M,	CCDee,	Hp	2—2
mama	B,	MN,	ccDEe,	Hp	2—2
copilul	A,	M,	CCDee,	Hp	2—1

În această familie se observă că tatăl se exclude de la paternitatea copilului pe sistemul Hp, dar se mai observă că și mama se exclude de la maternitatea acestui copil prin sistemul *Rh* (mama cc nu poate avea copii CC).

În familia a doua, cu care s-a făcut schimbul involuntar s-a constatat următoarea configurație genetică:

tatăl	A,	MN,	CCDee,	Hp	2—1
mama	A,	M,	CcDEe,	Hp	2—1
copilul	AB,	M,	CcDee,	Hp	2—2

În această familie se observă excluderea tatălui pe sistemul AB0. Aprecierea finală a explorării arată că excluderea mamei din prima familie atestă în mod indubitabil schimbul de copii, iar din configurația genetică se observă că copilul din prima familie poate fi copilul părinților din familia a doua, după cum copilul din familia a doua poate fi copilul părinților din prima familie. Fiind vorba de copii mari, datele antropologice au confirmat apartenența lor diferită la cealaltă familie decît aceea în care au fost crescuți.

Într-o altă tăgadă de paternitate constatăm următoarea configurație serologică:

soțul legitim	A,	MN,	ccdee,	Hp	2—2
soția	0,	MN,	CCDee,	Hp	2—2
bărbat incriminat	AB,	MN,	CCDee,	Hp	2—2
copilul 1	B,	MN,	CCDee,	Hp	2—2
copilul 2	0,	MN,	CcDEe,	Hp	2—1

Din acest mozaic serologic se deduce excluderea soțului de la paternitatea ambilor copii, deoarece nu posedă aglutinogenul B pe care ar fi trebuit să-l transmită copilului 1, nu posedă factorul C pentru același copil, nu posedă factorul E pentru copilul 2 și nu posedă factorul Hp 1 pentru același copil, care a luat în mod obligatoriu factorul Hp 2 de la mamă. Se observă de asemenea că bărbatul incriminat se exclude la paternitatea copilului al doilea, deoarece nu are factorii c, E și Hp 1. În aceste condiții, concluzia serologică a fost că tatăl juridic nu este tatăl biologic al copiilor și că, dacă copilul 1 poate proveni din coabitarea cu bărbatul incriminat, copilul 2 a rezultat din coabitarea cu o altă persoană.

În cercetarea unei paternități în care se invoca un *plurium concubitum*, s-a constatat următoarea configurație serologică:

bărbatul 1:	A,	CCDee,	MN
bărbatul 2:	A,	ccDEE,	MM
femeia:	A,	ccddee,	MN
copilul:	A,	ccDEe,	MM

Se observă excluderea bărbatului 1 de la paternitatea copilului pe sistemul *Rh*, deoarece are caracterul CC iar copilul cc.

Într-un alt caz similar s-a constatat următoarea constelație serologică:

bărbatul 1:	A,	Rh+,	Hp 2—1, MN
bărbatul 2:	0,	Rh+,	Hp 2—1, MM
mama:	A,	Rh+,	Hp 2—2, MN
copilul:	A,	Rh+,	Hp 2—1, NN

Se observă, de asemenea, că bărbatul 2 se exclude de la paternitatea copilului prin sistemul MN.

Mai rar se întîmplă ca un bărbat să aibă șansa de a se exclude prin mai multe sisteme, ca în cazul de față, în care:

tatăl prezumat era:	A,	N,	Hp 2—2
mama:	0,	M,	Hp 2—1
copilul:	B,	M,	Hp 1—1

Se observă excluderea tatălui putativ prin toate cele trei sisteme, ca și în cazul în care s-a exclus pe sistemele AB0, MN și Hp:

tatăl:	0,	M,	Rh+,	Hp	2—2,	Gm (—1)
mama:	0,	M,	Rh+,	Hp	2—2,	Gm (—1)
copilul:	A,	MN,	Rh+,	Hp	2—1,	Gm (—1)

Într-un furt de copii, familiile F_2 și F_3 acuzau de acest lucru pe familia F_1, care s-a exclus lipsindu-le factorul S (ambii) și tatăl pe sistemul *Rh* (avea cc pe care nu-l avea băiatul) (Salmon).

				S	D	C	E	e
F_1	tatăl	AB	MN	—	+	—	+	+
	mama	A	N	—	+	+	+	+
F_2	tatăl	B	MN	+	+	+	+	+
	mama	0	N	+	+	+	—	—
F_3	tatăl	0	MN	+	+	+	+	+
	mama	A	M	+	+	+	—	—
	băiatul	B	MN	+	+	+	—	—
	fata	A	MN	+	+	+	+	+

Într-un alt caz, cu mama decedată, fiica avea următoarea configurație serologică: 0, CCDee și MN. Tatăl acuzat de incest cu fiica lui prezenta grupele 0, cc, DEe, M. Faptul că „fiica", biologic (de fapt) nu era fiica sa (tatăl cc nu poate avea copii CC, indiferent de grupa mamei), a dus la dezincriminarea infracțiunii de incest, deoarece raportul sexual nu avusese loc cu o fiică reală.

În alt caz, doi gemeni bivitelini au relevat o apartenență paternă diferită, deoarece mama era de grup MN, unul din gemeni era MM și altul NN, iar un tată era MM și al doilea NN. În acest caz era vorba de o suprafecundație prin rapoarte sexuale la intervale scurte, rămînînd posibil teoretic ca în concepția gemenilor să fi putut interveni și un al treilea bărbat de grup MN. În sfîrșit, în cazul lui Goudemant — Salmon, excluderea s-a făcut pe opt sisteme (tabelul 85).

BIBLIOGRAFIE

1. Albu I., *Înfierea*, Dacia, 1979.
2. Aubert L., *La presse méd.*, 1973, 2, 326.
3. Ander Z., Bilegan I., Molnar I., *Medicina legală*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
4. Bernard J. și colaboratorii, *Hematologie*, Flammarion, 1976.
5. Beadle G., *Le langage de la vie*, Dunod, 1972.
6. Bezian J., *Bordeaux méd.*, 1969, 11, 2249.
7. Dodd B., *Immunological aspects of forensic science*, Oxford, 1975.
8. Cartier F., *La France méd.*, 1961, 7, 369.
9. Cohen J., *Les stérilités masculines*, Masson, 1970.
10. Davis M., *Connaisance sexuelle dans le mariage*, Buchet, Chastel, 1974.
11. Filipescu I., *Revista Română de drept*, 1970, 12, 1324.
12. Harris H., *Biochimie genetique humaine*, Masson, 1963.
13. Ionescu L., *Expertiza criminalistică a scrisului*, Editura Junimea, 1973.
14. Lamy M., *Génetique médicale*, Masson, 1976.
15. Maximilian C. și colaboratorii, *Sfaturi genetice*, Scrisul românesc, 1977.
16. Milunsky C., *Genetics and the Law*, Plenum, 1977.
17. Moraru I. și col., *Medicina legală*, Editura Medicală, București, 1968.
18. Peigne F., *Thérapie*, 1964, XIX, 1253.
19. Petit J., *Rev. trim. de droit civil*, 1976, 2, 263.
20. Pleșa M., Scripcaru Gh., *Rev. med. chir.*, 1971, 1, 179.
21. Pleșa M., Scripcaru Gh., *Rev. med. chir.*, 1971, 3, 731.
22. Roustan R., *La clinique*, 1967, 631, 353.
23. Rucquoy G., *La consultation conjugale*, Bruxelles, 1974.
24. Race R.R., Sanger R., *Les groupes sanguins chez l'homme*, Masson, 1970.
25. Scripcaru Gh., Pleșa M., *Laval medical*, 1969, 2, 1721.
26. Scripcaru Gh. și col., *Înfierea și copilul înfiat*, Rev. med. chirurg., 1981, 4, 669.
27. Scripcaru Gh. și col., *Dizarmoniile conjugale*, Rev. med. chir., 1981, 2, 283.
28. Zlătescu V., *Geografie juridică contemporană*, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1981.
29. * * * *Violence and the Family*, Willey, London, 1976.
30. * * * *L'insemination artificielle*, Masson, 1980.
31. * * * *Le divorce*, Masson, 1980.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 85

Explorarea unui caz de filiație după Goudemand — Salmon

Grupe sangv. și salivare

Tatăl legal	A_1	Se	Le	MSs	P_2 dd cc ee	K+ k+	K (a—b+)	Fy(a—b+)	Jk(a—b+)	Lu(a—b+) Xg(a+)
Mama	A_1	Se	Le	MSs	P_1 Dce ee	K—k+	K (a—b+)	Fy(a+b+)	Jk(a—b+)	Lu(a—b+) Xg(a+)
Copilul	A_1	Se	Le	MNss	P_1 D cc E e	K—k+	K (a—b+)	Fy(a+b—)	Jk(a+b+)	Lu(a—b+) Xg(a+)

Grupe serice

Tatăl	Gm(1—2, 4, 5, 10, 14)	Inv (—1)	Hp 2 · 2	Gc 2 · 1	C_3 2,1	S
Mama	Gm (1—2, 4, 5, 10, 14)	Inv (—1)	Hp 2 · 2	Gc 2 · 1	C_3 2,2	S
Copilul	Gm (1,2 —4 —5 —10 —14)	Inv (—1)	Hp 2—1	Gc 1 · 1	C_3 2,1	S

Grupe enzimatice

Tatăl	PA	B	PGM1	1,1	AK 1,1	ADA 1,1	6PGD 2,1	GPT 2,1	Est D1,1 Ut 1,1
Mama	PA	AB	PgM1	1,1	AK 1,1	ADA 1,1	6PgD 2,1	GPT 2,1	Est D1,1 Ut 1,1
Copilul	PA	B	PgM1	2,1	AK 1,1	ADA 1,1	6PgD 1,1	GPT 2,1	Est D1,1 Ut 1,1

Grupe tisulare

Tatăl	HLA A_2	A_2 A_{29}	B_{17}	B_{18}	
Mama	HLA A_1	Da_{25}	B_{12}	BW_{40}	
Copilul	HLA	Da_{25}	BW_{35}	BW_{40}	

Explicație: Antig. N de la copil nu este nici la mamă nici la tată. Copilul are antigen E ce nu este nici la mamă nici la tată; în sistemul Duffy, a+ a fost luat de la mamă (obligatoriu) iar b— nu este la tată. În sistemul Kidd, Jk+ nu e nici la mamă, nici la tată. În sistemul HLA, copilul are antig. BW_{35}, ce nu este la mamă nici la tată. În Gm, copilul are Gm_3 ce nu este nici la mamă nici la tată.
În Hp copilul are Hp_1 ce nu este nici la mamă nici la tată și la fel în Pg M_1.

În decursul timpului, faptele antisociale ale bolnavilor psihici (delincvența patologică) au dus la iresponsabilitate deoarece, prin alienare, acești bolnavi, înstrăinîndu-se de ei înșăși, nu păstrau conștiința interrelațiilor sociale și a faptelor proprii. Psihiatria medico-legală se ocupă cu precădere de comportamentul patologic al bolnavilor psihici dar, într-un concept și o preocupare mai largă, medicina legală se interesează de cauzele și profilaxia comportamentului deviant, aducîndu-și aportul la cunoașterea delincvenței și la prevenirea sa.

În decursul timpului, în devianța comportamentală (concept mai larg decît delincvența patologică) s-a pus accentul fie pe autor, fie pe situație, fie pe ambele, în scopul explicării fenomenului. Concepțiile biologice sau psihologice accentuau rolul factorilor subiectivi în devianță iar concepțiile sociologice accentuau rolul mediului în geneza fenomenului antisocial. Criminologia marxistă, accentuînd rolul mediului social care structurează și personalitatea subiectului, a dat cheia științifică a abordării acestui fenomen care se explică social — situațional dar se particularizează în raport de personalitate.

Devianța sau disocialitatea se întinde de la lipsa de lealitate pînă la infracțiune, luînd forme ocazionale sau habituale. Ea se judecă în funcție de norma morală și socială ce constituie un model de judecată și care, evident, adoptînd criterii sociale, se opune considerării infracțiunii ca boală.

Teoriile biologice (C. Lombroso și di Tullio) au apărut ca o reacție științifică la determinismul absolut al legilor, așa cum a fost în perioada inchiziției. Generalizînd însă unele stigmate organice (așa-zise epileptoide) la originea tuturor infracțiunilor, aceste teorii au negat de fapt rolul mediului în geneza devianței precum și efortul de reeducare. Într-un astfel de concept, Dostoievski spunea că crimele se datoresc firii omului și nu factorilor sociali, iar Platon considera că nici o crimă nu are loc fără un grăunte de nebunie. Teoria a fost reluată într-un fel de H. Ey, care psihiatriza criminologia considerînd infracțiunea o expresie a patologiei libertății (responsabilității) persoanei. Alții consideră infracțiunea un fel de metapatologie a adevărului (cu neîncredere și suspiciune), bunătății (cu egoism și ură), frumosului (cu vulgaritate și filistinism) sau a dreptății (cu neîncredere și anomie).

Teoriile genetice încearcă să evalueze rolul eredității în determinismul devianței. Constatări comune de tipul „aschia nu sare departe de copac" sau „ce se naște din pisică șoareci prinde" arată rolul factorilor genetici în comportament, în care ereditatea și mediul apar ca două trăsături complementare. Cercetările moderne arată că monozigoții riscă să facă același gen de tulburări de comportament chiar dacă sînt separați de mici, față de dizigoți. Riscul unei îmbolnăviri psihice cu tulburări de comportament este maxim dacă ambii părinți sînt bolnavi, iar concordanța MZ/DZ este de 3/1 în schizofrenie față de 6/1 în psihopatie (66% față de 54%). Faptul arată influențele mediului cu moștenirea unei structuri dar nu și a unui fenotip deviant, fenotip care se structurează astfel sub influența predominantă a mediului. Relația dintre anomaliile gonozomiale (cu frecvență în populația penală de 28% față de populația generală, unde au o frecvență de 1 la 700) și delincvență atestă imposibilitatea generalizării sindromului XXY sau XYY, de exemplu, la originea devianței, cum s-a spus plastic, sindromul apărînd „ca o oaie albă într-o turmă neagră". Mulți subiecți cu dublu Y nu fac devianță iar criteriile de diagnostic (hiperstatura, QI, fertilitatea, tipul de devianță) s-au

dovedit caduce. Infracțiunile acestor subiecți sînt similare altor anomalii cromozomiale și se datoresc debilității mintale, chiar dacă anomalia genetică poate coborî pragul răspunsului la un stimul de mediu, constituind astfel o predispoziție în trecerea la act. Datele genetice arată deci că fenotipul comportamental este consecința interacțiunii genotipului cu mediul de existență dar și faptul că, deși structurile ereditare sînt modelate de acest mediu, diferențele ereditare dintre subiecți invederează, pe de altă parte, specificitatea influențelor mediului asupra comportamentului individual. Prin dubla ereditate a omului se înțelege dominarea comportamentelor eredo-biologice de către cele cultural-axiologice. Se știe că ereditatea influențează cu atît mai mult o funcție psihică cu cît aceasta este mai inferioară și mai rigidă, și nu influențează personalitatea care are un determinism exclusiv social. Astfel, funcțiile de cunoaștere pot fi influențate de educație cu circa 10% iar caracterul cu 80%. Cu alte cuvinte, ereditatea determină „ceea ce un om poate face iar mediul decide ceea ce el face".

Se afirmă pe bună dreptate că cultura este natura omului. Foarte probabil că lipsa de diviziune a neuronilor a avut rolul de a păstra engramele învățate favorizînd „ereditatea culturală". Teoriile privind delincvența au oscilat între ineism și ambientalism, dar în realitate omul nu este o entitate predestinată ci un construct (la naștere avînd „cîteva instincte și un ocean de potențialități"), încît interacțiunea organism-mediu determină comportamentul, inclusiv cel asocial. Practic, rolul eredității descrește de la gemenii MZ la DZ, frați, părinți-copii etc., invederînd rolul mediului în favorizarea sau inhibarea realizării programului genetic. Ereditatea culturală fiind mai suplă decît cea biologică, a luat locul acesteia din urmă, de aceea numai un maniheism simplist separă acești factori, deoarece, aptitudinea de a beneficia de condițiile de mediu este înscrisă în însăși ereditate. În funcție de mediu se dezvoltă ereditatea, spunea Zazo. Cu cît o specie progresează mai mult pe calea specializării, cu atît va fi mai sensibilă la modificările mediului. Cum cultura se realizează în principal prin modele de conduită, acestea vor face ca omul (care genetic este un unicat) și comportamentul său să se impună prin ele (Kirkegaard spunea că societatea este o comunitate de unicate). În acest mod, noologicul (spiritualitatea, cultura) înlocuiește rigiditatea instinctelor cu flexibilitatea inteligenței, ereditatea cu experiența cîștigată iar nevoile omului rezultate din natură le face să se dezvolte în cultură. Dacă nevoile biologice uniformizează, cele culturale diferențiază și prin aceasta, omul, care a creat cultura, domină natura. Uniformitatea comportamentului uman devine un argument pentru originea sa genetică iar diversitatea pentru originea sa educativă. La om, cultura și educația se substituie comportamentului înnăscut încît adaptarea, din genetică devine culturală. Morala altruismului, ca ultim stadiu al evoluției culturale a comportamentului uman, arată cît de mult a evoluat conduita umană pe scară ontogenetică. Căci, în fața acelorași reacții umane la factorii de mediu, progresul nu ar mai fi avut loc.

Concepțiile etologice au încercat să desprindă semnificația laturii biologice din comportamentul uman ca fiind expresia unui instinct de agresivitate care, în viața speciilor, a avut un rol de adaptare. Termenul de agresivitate s-ar păstra numai ca reacție fizică sau verbală anormală de răspuns în cadrul aceleiași specii. La om, rolul agresivității din evoluția speciei a fost luat de cultură, încît comportamentul uman a evoluat de la ereditar și automatic spre noologic și anticipativ. Unele agresivități patologice pot fi însă explicate genetic, neurofiziologic (sistemul limbic și amigdalian au rol în declanșarea impulsivității), biochimic (noradrenalina crește agresivitatea), psihodinamic (frustrațiile duc la agresivitate) și chiar sociologic (imitație, influențe negative ale grupului etc.). Astfel de agresivități patologice întîlnim în dereglări ale dispozițiilor (manie, raptus melancolic), toxicomanie („bad-trip"), schizofrenie (prin ambivalențe, bizarerii, eliberare de pulsiuni), epilepsie (agresivitate subită, oarbă, amnezică, stereotipă), debilitate mintală (cu deficite de control, sugestie, greutăți de modulare a dispozițiilor) etc. În aceste stări agresivitatea are scop neprecizat, este indusă de stimuli minori și este excesivă (eliberatoare).

Chiar dacă Marx afirma că ştiinţele naturii vor îngloba ştiinţele omului şi invers (fapt ce se pune la originea bazelor teoretice ale etologiei), chiar dacă armele artificiale au stricat echilibrul dintre armele naturale şi inhibiţiile omului, fapt ce impune o morală a raţiunii, nu se justifică întru totul explicaţiile date de Lorenz comportamentului uman inadaptat, ştiut fiind că agresivitatea (cu toate caracteristicile sale de a fi impulsivă, inhibată, ca fenomen de adaptare filogenetică, al cărei sens este conservarea speciei, deci fără distructivitate) este compensată de competiţie, sublimată de contactele interumane cu aptitudinea de a orienta entuziasmul uman spre valori durabile. Agresivitatea poate fi benignă (defensivă, adaptativă, filogenetic programată şi pusă în slujba vieţii) şi malignă (de origine situaţională şi nu biologică, ţinînd de statutul ontologic al omului), fapt susţinut cu aceleaşi argumente etologice de către Fromm. Faptul că omul este dominat însă de legi sociale şi nu biologice face ca agresivitatea să apară ca o perturbare a echilibrului dintre instinct şi cultură, ca o lipsă de sublimare a sa prin canale social-acceptate.

Teoriile psihologice pun la baza deviaţiei unele stări psihologice particulare, printre care carenţa afectivă din copilărie ce duce la indiferenţă afectivă şi contacte umane superficiale, frustrarea afectivă ce duce la egocentrism şi lipsa modelelor proprii, sentimentele de inferioritate şi devalorizare ce duc la opoziţie şi devianţă. De asemenea, teoriile psihologice au incriminat la originea deviaţiei lipsa sentimentelor de culpă pe care se bazează structurarea sentimentelor de responsabilitate, lipsa modelelor de interpretare a situaţiilor şi în consecinţă de structurare a comportamentului anticipativ (teoria constructelor), rolul conflictelor intra- şi intersubiective, în care progresul şi normalitatea rezidă mai ales în modul lor uman de reziliere şi nu atît în realitatea sau nonrealitatea lor. Teoriile psihologice au fost susţinute de Adler (după care, cauza delictelor ar fi sentimentele de inferioritate, frustrarea parentală, lipsa sentimentelor sociale şi a matricelor valorice), de Erikson (după care delincvenţa ar fi un epifenomen al personalităţii), de Kely (după care omul îşi construieşte comportamentul după modelele de reprezentare a lumii cu care anticipează un eveniment, în lipsa lor apărînd delincvenţa). În ceea ce priveşte carenţa afectivă, se afirmă din ce în ce mai documentat că baza adaptării ulterioare a omului este o bună maternitate ce permite engramarea afecţelor, structurarea selfului care, alături de modele adecvate, va duce la identitate de sine. Pierderea mamei înseamnă pierderea introecţiei materne şi lipsa unor matrice externe, urmată de pierderea selfului. În lipsa mamei se va obţine o „identitate de oglindă" (de reprezentare a mamei). Interiorizarea imaginii mamei dă sentimentul de securitate (empatia înnăscută cu mama) iar clivajul dintre imaginea proprie şi cea a mamei va începe mult mai tîrziu (la 16—18 ani). Astfel, copilul frustrat de dragoste va manifesta reacţii violente, încît nu ne surprinde faptul că frecvent tulburările de comportament încep în familie şi sfîrşesc în societate (prin acest fenomen de malnutriţie sociologică).

Teoriile sociologice, relaţionale sau ambientale, au origini vechi în constatări de tipul: mizeria şi ignoranţa determină crima (Becaria). crima este un act de imitaţie (G. Tarde), omul este la naştere *tabula rasa* dar mediul îl influenţează (J. Locke), societatea are criminalii ce îi merită (Lacassagne) etc. Aceste teorii au culminat în concepţia marxistă asupra delincvenţei, concepţie după care esenţa umană nu este o abstracţie, ci ansamblul relaţiilor sociale ce explică atitudinile comportamentale ale omului în diferite situaţii. Marx spunea că „trebuie să existe ceva putred chiar în inima unui asemenea sistem social, care îşi sporeşte avuţia fără să reducă mizeria şi în care criminalitatea creşte chiar mai repede decît numărul populaţiei". Dar constatarea marxistă că sentimentele şi gîndurile oamenilor se judecă după faptele lor, atestă, în acelaşi timp, rolul secundar al structurilor psihologice în explicarea determinismului sociologic spre devianţă. În cadrul teoriilor sociologice, teoriile ecologice pun accent pe mediul de existenţă dezorganizat, pe statutul familial, pe urbanizare, pe influenţa străzii etc.,

dar, în principal, pe proprietatea privată ce stă la originea inegalităților sociale și determină la devianță. Teoria etichetării pune la baza structurării personalității deviante eticheta de „deviant" conferită de microgrup, și la care subiectul reacționează opozițional. Teoriile anomice incriminează o alienare a sentimentelor moral-sociale ale subiectului prin lipsa interiorizării normelor sociale. Teoriile axiologice (culturale) pun la baza lipsei de trecere de la comportamentul instinctiv al speciei la cel cultural al grupului fenomenele de subcultură, de mediu cultural deficitar etc. Specific culturii umane este structurarea personalității ca o schemă de organizare a valorilor și ca o modalitate de previziune a comportamentului. Personalitatea culturală este expresia umanizării progresive a omului prin educația instinctelor, prin creșterea alternativelor în răspunsuri, a distanței dintre stimul și răspuns și deci a anticipării, a diluției egoismului prin empatie, a încorporării și engramării valorilor și instituțiilor în personalitate și, în sfîrșit, a extragerii fondului necesar pentru evoluția structurilor superioare din structurile inferioare. Cultura apare, deci, ca o modalitate mai eficace de adaptare la mediu decît modalitățile genetice.

Teoriile sociologice dau prioritate factorilor sociali pe care îi consideră determinanți sau cu rol în favorizarea trecerii la act (rolul situațiilor ca de ex. modelul delincvent, mediul nociv, situația nefavorabilă etc.). Delincvența ar avea drept cauze macromediul, micromediul, situația și personalitatea, fiind, în final, o disfuncție între individ și mediu (cum personalitatea se structurează sub influența factorilor sociali, orice destructurare a sa devine tot consecința alienării sociale).

În realitate, delincvența se află la intersecția factorilor sociali cu cei individuali, fiind o entitate socială, juridică și individuală ce implică o abordare multidisciplinară. Căci, între natură și cultură nu poate fi o opoziție absolută. De aceea, un concept bio-psihosocial ce pune pe plan egal toți factorii și estompează esența socială a omului, un concept ce ar lua în considerare numai rămășițele din conștiință (ca în societatea ce desființează proprietatea privată) reducînd infracțiunea la cauze ereditare, ca și conceptul ce ar reduce infracțiunea la laturi subiective absolutizînd aceste laturi ale existenței umane, nu ar fi întru totul științifice. În multe situații, infracțiunea va fi consecința unor elemente materiale și a altora individuale, în care, predominanți vor fi factorii materiali: căderea părinților din sarcinile educative, discordanța școală — viață, urbanizarea ce duce la izolare, relații superficiale și risc de depersonalizare (evoluție în care se observă decalajul dintre dezvoltarea lentă a creierului și cea rapidă a mediului cu generarea unor tulburări de comportament), maturopatiile prin carențe afective, mobilitatea ce slăbește coeziunea socială și nu dă timp încorporării normelor și valorilor în personalitate, transferul funcțiilor familiei, negarea valorilor sociale, sentimentul de insecuritate prin sărăcia relațiilor sociale și impersonalitatea atitudinilor, „templele de consum" sau excitarea dorințelor etc., factori materiali care, prezenți, în condițiile existenței unor factori individuali cu rol de trecere la act (fără a fi determinanți) vor fi la originea infracțiunii.

Devianța exprimă deci un deficit de integrare a valorilor etico-sociale în personalitate, deficit explicat prevalent de factori de mediu și favorizat de factori individuali (omul este o entitate a naturii și o realitate a societății, a culturii, în mod concomitent; L. Blaga spunea că cultura este modul de existență al omului), cu alte cuvinte, comportamentul trebuie privit ca dominant sociologic și recesiv biologic, iar devianța ca un fenomen cu etiologie complexă (predominant sociologică) dar cu patogenie unică (fiecare reacționînd la o situație de mediu în raport de personalitate). Comportamentul apare astfel ca un act homeostazic, dependent de factori de mediu (situație) și de factori psihologici (motivație) și el poate fi basculat prin factorii ocazionali enunțați.

Determinismul biopsihosocial al devianței, fără a pune pe plan egal acești factori, se bazează pe trinomul personalitate — cultură — societate, trinom ce a făcut ca rigiditatea comportamentală să fie înlocuită cu flexibilitatea sa culturală, ereditatea să fie înlocuită cu experiența cîștigată iar „nevoile omului care derivă din natură să fie dominate și să se dezvolte prin excelență în cultură".

ELEMENTE DE PSIHOLOGIE ALE COMPORTAMENTULUI UMAN

Comportamentul este definit ca o reacție a organismului la stimuli interni și externi, reacție ce are la bază reflexe înnăscute sau cîștigate și în care rolul sistemului nervos este esențial (Saragea). Comportamentul integrează scheme de reacție într-un răspuns specific la o situație dată, avînd nivele inferioare (situative, instinctuale), simbolice (mediate de limbaj) și cognitiv-anticipative. Scopul comportamentului este asigurarea continuității organismului în condiții de variabilitate a mediului (echilibrul și homeostazia sa), prin integrare la diferite nivele (genetică, endocrină, psihologică etc.). Nuttin spunea că un comportament nu este altceva decît adaptarea permanentă și anticipativ — cognitivă a organismului în scop de echifinalitate. Într-un sens cibernetic, comportamentul are o verigă aferentă (extragerea de informații pentru alegerea variantei optime de acțiune), o verigă eferentă (alegerea răspunsului în raport de o logică a planului și de o schemă de răspuns) și veriga conexiunii inverse (de autocontrol comportamental prin informare despre rezultatul obținut). Aceste verigi asigură comportamentului stabilizarea (menținerea echilibrului în limite valorice) și optimizarea (devenirea sa creatoare) și realizează două tipuri fundamentale de comportament uman: homeostatic, de echilibru, și de dezvoltare sau de adaptare și învățare, comportament uman ideal (sau apical după Fromm), de încorporare a normelor în sentimente și valori cu aptitudinea de a conferi o adaptare în raport de sensuri și semnificații (între stimul și răspuns se vor interpune totdeauna idealurile persoanei).

Evoluția comportamentului uman s-a făcut de la automatic la noologic, prin selecție naturală și interacțiune a organismului cu mediul. Această evoluție a dezvoltat mecanismele neurale ale comportamentului ce l-a transformat din reactiv — situativ în anticipativ și valoric. Dacă comportamentul înnăscut, înscris în genom, oferă adaptarea la un mediu stabil, un mediu de existență labil a impus cîștigarea adaptării prin învățare. Spălarea rădăcinii de nisip în apa de mare de către maimuța bătrînă (la început ca act întîmplător), imitarea sa prin joc de către primatele tinere, faptul că la animalele crescute social se dezvoltă cortexul și conexiunile nervoase (fenomen ce a dezvoltat capacitatea intelectuală, încît trei milioane ani de mediu social au multiplicat numărul neuronilor de 3 ori, numărul conexiunilor depășind numărul genelor și favorizînd astfel învățarea — Ruffié), strigătul de alarmă al babuinului, vînătoarea organizată a primatelor nonumane, limbajul afectiv al primatelor etc. relevă avantajele comportamentului cîștigat (de rapiditate a noilor achiziții, de suplețe și difuziune rapidă) față de cel înnăscut, fapt ce a dezvoltat protocultura și a favorizat hominizarea primatelor. Apariția limbajului și confecționarea de unelte (socializarea) au dezvoltat gîndirea și capacitatea de abstractizare, fapt ce a permis transmiterea experienței cîștigate de la o generație la alta, trecerea experienței de pe plan individual pe plan colectiv, a favorizat reflexia și comportamentul rațional ca și structurarea comportamentului moral de conformare prin obișnuință, transformînd factorii biologici ai comportamentului în factori culturali. Acești factori au per-

mis dezvoltarea ereditații culturale ca un important avantaj selectiv uman. În acest mod societatea și cultura au asigurat evoluția comportamentului uman de la nervos către psihologic și social, mediul cultural avînd avantajul de a fi scăpat omul de regulile selecției naturale, situînd evoluția sa pe palierul psihosocial și făcînd ca adaptarea din genetică să devină culturală (Ruffié). Dacă evoluția biologică a fost pasivă și inconștientă, fruct al hazardului, bazată pe mutații și călăuzită de necesități stabile înscrise în genom (cu riscul unor multiple eșecuri, deci imperfectă), evoluția culturală a devenit fruct al voinței conștiente, nonaleatorie, rapidă și capabilă de realizări superioare, de adaptabilitate maximă dar în același timp și mai fragilă, libertatea culturală cîștigîndu-se în detrimentul securității biologice.

Comportamentul uman se menține într-un sistem integrat grație structurării sale pe diferite nivele.

Integrarea genetică atestă faptul că riscul de homosexualitate sau delincvență este de 66% la MZ față de 54% la DZ, la fel ca și recidiva (Grasberger, Lange etc.), fiind cunoscută ereditatea încărcată delincventopatologic în familia Jukes (cu 6 generații), în familia Kalikak etc., ca și imposibilitatea educării copiilor găsiți după ce au trăit mult timp izolați (fapt ce atestă rolul mediului). Faptul că agresivitatea ar crește cu numărul cromozomilor Y (Lise Moor) face totuși dificilă verificarea ereditații delincvente prin factori cromozomiali, deoarece, deseori condițiile de mediu sînt patogene și constituția genetică facilitează trecerea la act. Asemănarea delincvenței la subiecții cu XXY și XYY arată rolul creierului și nu al cromozomilor în delincvență încît, integrarea genetică include moștenirea unui mod de reacție la mediu (factorii genetici necesitînd condiții de mediu pentru a se dezvolta), copilul fiind doar un candidat la umanitate (Pièron). Astfel, pentru om este valabilă dubla sa ereditate (biologică și culturală), fapt ce arată că ereditatea determină ceea ce un om poate face iar mediul decide ceea ce el va face (Cattel), drumul de la gene la comportament fiind mediat în plus de hormoni, neuroni, mediu (fig. 304, 305, 306, 307).

Integrarea umorală este realizată de mediatorii sinaptici, fiind cunoscut rolul catecolaminelor din hipotalamus și sistemul limbic în comportamentul agresiv (la animalul izolat crește toxicitatea adrenalinei iar în aglomerații, „șoarecii criminali" au cu 25% mai multă adrenalină) sau al serotoninei în producerea indiferenței comportamentale. Medicamentele pot excita sau inhiba acțiunea acestor mediatori (rezerpina influențează metabolismul serotoninei, amfetamina pe al noradrenalinei iar disulfiramul pe al

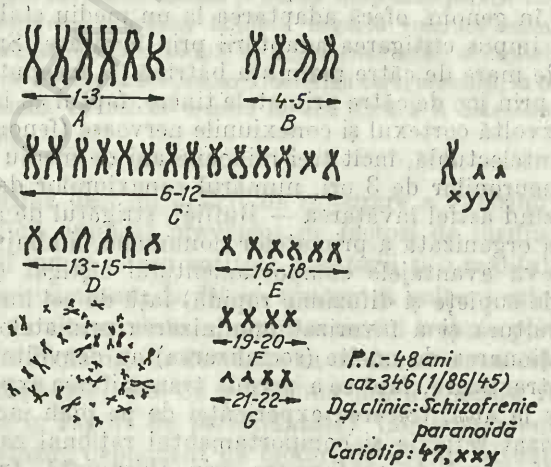


Fig. 304. Sindrom dublu Y.

Fig. 305. Sindrom dublu Y.

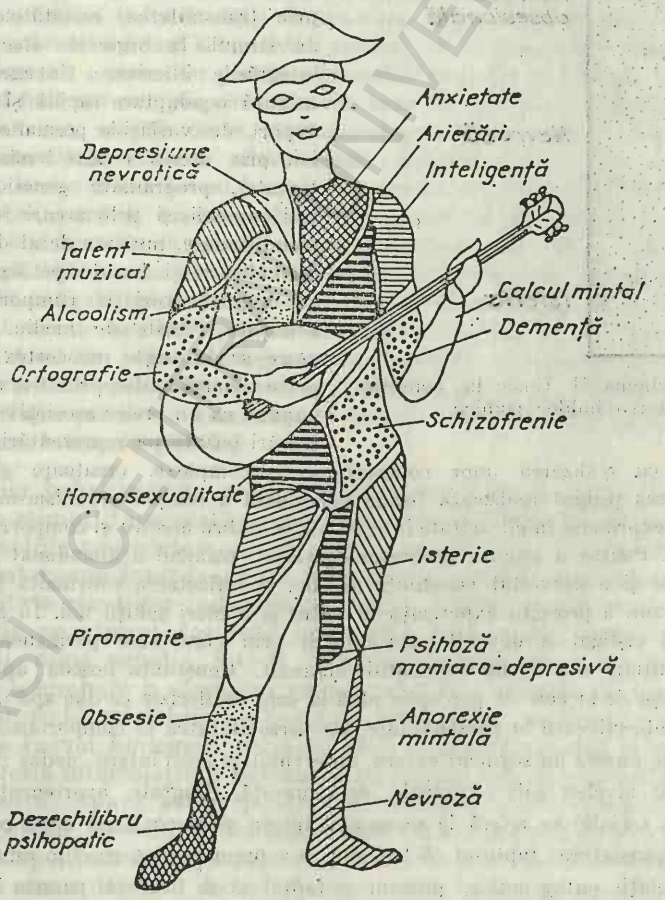


Fig. 306. Condiționarea genetică a diferitor afecțiuni psihice.

BCU IAȘI / CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

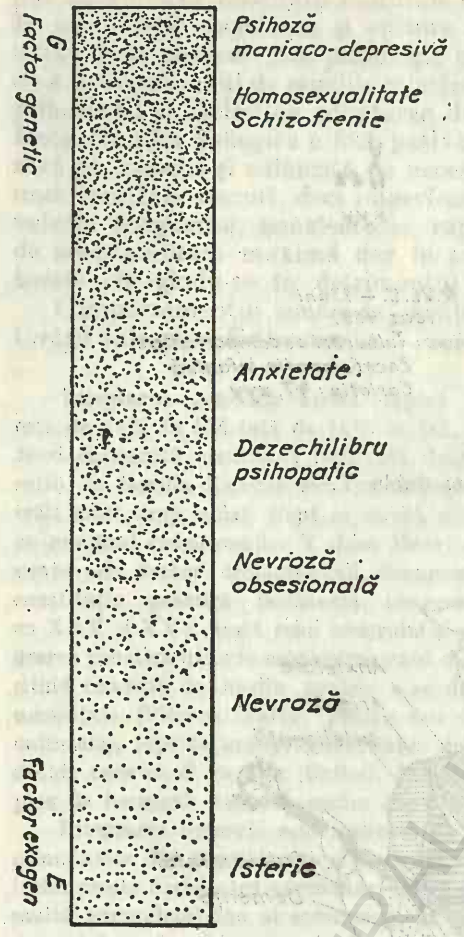


Fig. 307. Schema M. Cusic în condiționarea bolilor psihice.

dopaminei etc.), dar utilizarea acestor medicații la cei cu comportament aberant trebuie făcută numai cu indicații etice (Deniker).

Integrarea endocrină se realizează prin interrelațiile reciproce hipofizo-hipotalamice, mediatorii chimici influențînd secreția neurohormonilor (acetilcolina din hipotalamus prin reglarea secreției de gonadotrofine influențează comportamentul sexual, estradiolul sau testosteronul din hipotalamus și sistemul limbic sincronizînd comportamentul agresiv cu cel reproductiv) și avînd astfel un mare rol în asigurarea integrării comportamentului către nivelele sale superioare.

Integrarea nervoasă realizează unirea indirectă a structurilor organismului prin intermediul sistemului nervos, prin preluarea informației de la intero-, extero- și proprioceptori, prin prelucrarea sa în neuroni și corelarea cu informația stocată în memorie și prin transmiterea rezultatelor sub formă de stimuli la organele efectorii. Față de integrările inferioare, integrarea nervoasă asigură o adaptare rapidă și diferențiată, în raport de variațiile permanente ale mediului, prin arcuri reflexe înnăscute (necondiționate), programate genetic, identice la toți oamenii, și prin arcuri reflexe cîștigate (condiționate, mediate de al doilea sistem de semnalizare) și bazate pe experiență, fapt ce asigură variația comportamentului la situațiile diferite de mediu. Această integrare se datorește neocortex-ului suprapus peste creierul limbic primitiv, neocortex ce se impune ca un creier asociativ și permite integrări bazate pe reprezentări, independente de mediu, cu realizarea unor comportamente complexe, creatoare și anticipative.

Integrarea psihică realizează forma superioară a relației organism-mediu asigurată de cortex și exprimată în eficacitate intelectivă, echilibru afectiv și comportament adecvat și anticipat. Pentru a asigura progresul conștient, psihicul a abandonat automatismele și instinctele și a dezvoltat conștiința de sine și reflectarea conștientă în scopul de a face previziuni, a proiecta experiența în viitor și a oferi soluții noi. În acest fel, comportamentul cîștigat a devenit baza culturii prin corectarea permanentă a dezadaptărilor eventuale din comportamentul înnăscut. Conștiința posedă aptitudinea de a integra funcții de la cele de percepție pînă la cele de decizie ce dau specificul psihicului uman și se obiectivează în personalitate, iar personalitatea în comportament. Comportamentul psihic posedă un segment extern, observabil, și altul intern, dedus din cel extern. Motivația cu nivelele sale (fiziologic, de siguranță, dragoste, apartenență, afirmare și recunoaștere socială) se referă la segmentul intern și se consumă după reguli specifice, dintre care constatarea faptului că trebuințele superioare sînt specific umane și rezultat al unei evoluții ontogenetice, precum și faptul că se bazează pe cele inferioare, duc la concluzia că cu cît sînt mai superioare, cu atît sînt mai ușor de anticipat și se pot

sublima mai ușor. În acest mod, segmentul extern al comportamentului trece ușor de la comportamente automatice către cele euristice, specific umane. Integrarea psihică poate fi tulburată prin involuție cu trecerea sa de la complex la simplu, de la voluntar la automatic, bolile psihicului nefiind altceva decît o degradare a evoluției psihicului cu organizarea sa la un nou nivel (H. Ey). Astfel, orice discrepanță între faptă și realitate, orice comportament lipsit de sens, motivat patologic, cu stări conflictuale reziliate patologic etc., vor avea prin excelență atribute de comportament patologic (delincvență patologică).

Integrarea socială se realizează prin intermediul grupului, ducînd la o homeostazie de grup sau de ecosistem, cu realizarea unor comportamente adaptate prin intermediul socializării și controlului social, care impun modele normative și culturale (incorporarea normelor în comportament și asigurarea continuității sociale). Prin socializare, factorii biologici devin culturali, iar în situații patologice, delincvența devine un eșec al acestei deveniri, un eșec al socializării sau o socializare negativă. În societate, normele se respectă din obișnuință, valorile din convingere și idealurile prin concepții, încît orice abdicare de la devenirea morală (ce are ca faze normativitatea, valorizarea și idealizarea) realizează abdicarea de la condiția umană și uneori delincvența. Anomia apare astfel ca un dezechilibru între normele morale, convingeri și comportament, cu generarea unei personalități anomice și inadaptate.

Integrarea umanitară trebuie să realizeze homeostazia de specie a omului pe planetă, prin integrarea fiecărei individualități în existența universală. Deoarece fiecare personalitate tinde a deveni o latură subiectivă a culturii, ea se realizează și integrează astfel în ordinea universală a sensurilor pozitive, favorabile evoluției umanității. Prin personalitate, destinul fiecăruia este propriu și unic în lume, se integrează și promovează comportamentul altruist, specific uman, de interacțiune permanentă cu comportamentul celorlalți. Homeostazia self-ului aduce astfel homeostazia grupurilor, comunităților, etniilor și popoarelor într-o devenire umanitară tonică și general-utilă. Prin integrarea umanitară, între stimul și reacție se interpun modelele tradiționale și umanitare ce conferă consecințe benefice de specie la scară umanitară, mai ales în condițiile în care puterile și fragilitățile omului pot perturba această integrare. Mai ales astăzi, cînd prin comportamente cîștigate existența speciei poate fi pusă în pericol, în contrast cu evoluția sa de milioane de ani, care, prin comportamentele înnăscute nu a dus la dispariția vreunei specii. Acest nou palier de integrare umanitară prin cunoaștere și altruism trebuie să facă pe fiecare om responsabil de actele sale, în scopul de a da sensul cuvenit progresului și evoluției pozitive a umanității, consecutiv achizițiilor vertiginos cîștigate de inteligența umană actuală (Ruffié).

Concepțiile behaviouriste reduceau comportamentul uman la o simplă reacție la un stimul. În această concepție, cunoscînd stimulii conduitei se pot prevedea reacțiile comportamentului după ecuația S-R. Dar, între stimul și răspuns se interpune întotdeauna experiența proprie și motivația actelor ce dau specificitate reacțiilor individuale. Astfel, reacția comportamentală este declanșată de un stimul dar totdeauna prin intermediul organismului sau personalității, după ecuația S-O-R. Ulterior s-a arătat că comportamentul reprezintă o schimbare a cîmpului psihologic într-o unitate de timp. Cîmpul psihologic prezintă variabile psihologice (trebuințe, motivații, idealuri) și nepsihologice (nevoi biologice, sociale), încît comportamentul la un moment dat este expresia interrelațiilor persoanei cu mediul său de existență în strînsă interdependență. Apare astfel pentru prima dată ideea comportamentului ca act homeostazic, de echilibru a subiectului cu mediul său de existență. Conceptul a fost apoi îmbunătățit prin luarea în considerație a faptului că comportamentul uman depinde de satisfacerea unor trebuințe specifice de realizare și este motivat de aspirații specific umane, după piramida lui Maslow.

Motivația orientează comportamentul, devenind mediator al homeostaziei individ-mediu. Motivațiile specific umane (sociale, culturale etc.) determină pattern-uri de comportament ce pot influența reacțiile umane reciproce după ecuația $R = F (S \rightleftarrows P)$.

Într-un concept cibernetic, comportamentul are o verigă aferentă, un input (informația, modelele de referință, motivațiile) și o verigă eferentă, un output (care implică alegerea, reglarea conduitei în raport de situație și anticiparea consecințelor prin conexiune inversă). Perturbarea uneia din aceste verigi poate duce la o perturbare a comportamentului.

Comportamentul uman se structurează astfel în nivele de comportament reactiv (instinctiv, stereotip și automatic, bazat pe structuri nervoase mai vechi), situativ (voluntar sau involuntar) și în sfîrșit anticipativ (reflectat, creator și prospectiv).

Comportamentul specific uman este comportamentul anticipativ, creator și de elaborare care se bazează pe structuri nervoase noi și este influențat de educație și cultură. Acest comportament are drept caracteristici homeostazia prin prevenire („feed-before") și corectare („feed-back"), autonomia și specificitatea, integrarea și raportarea la grup, înțelegerea și anticiparea situațiilor care fac din comportamentul uman expresia fenotipică a unei stări psihice într-o situație dată. Astfel, comportamentul omului devine mediatorul dintre personalitate și situație prin faptul că este deschis către lume, are aptitudinea anticipării, amînării reacțiilor și relaxării instinctelor, și se bazează pe învățare și valorizare ce distanțează comportamentul specific uman de nivelele sale inferioare. În acest comportament, grupul social are rol de integrare prin oferirea de norme, rol de reglementare a relațiilor interpersonale, de confruntare a imaginii de sine cu cerințele grupului precum și de comunicare prin empatie. Grupul asigură ontogeneza socializării comportamentului precum și „a deplasării valorilor de conduită dinspre natură înspre cultură". În acest context, cultura devine un model de comportament iar transmiterea sa cu fiecare generație reprezintă substratul eredității sociale și mesajul său normativ. Căci, normele sociale sînt expresia unor valori care devin criteriu al răspunderii (al respectului lor) și responsabilității (al înțelegerii nevoii respectării lor). Fiind recunoscută complexitatea mediului social la om, este evident că comportamentul său nu se poate baza numai pe soluții standard ci și pe opțiuni valorice. Faptul determină variabilitatea comportamentului uman, homeostazia sa în limite axiologice și social admise.

Adaptarea omului la normativitate are deci baze biologice și psihologice dar este specifică și perfectibilă numai în condiții ecologice și sociologice. Adaptarea este o homeostazie socio-afectivă, un echilibru între trăirile individuale ale organismului și cele culturale ale grupului, trăiri bazate pe motivații specific umane și reciproc admise. Adaptarea se bazează pe recunoașterea realității perfectibile a omului și pe rejetul mitului omului perfect, care devine o abstracție. Filozofii spuneau că natura l-a înzestrat pe om cu rațiune și l-a privat de instincte în scopul de a crea cultura și civilizația și de a se adapta la ele. Cultura și civilizația devin astfel nu numai un mod de încadrare în natură ci și de dominare a naturii, de perfecțiune umană, iar adaptarea un ansamblu de răspunsuri bazate pe anticiparea condițiilor și consecințelor lor, în scopul asigurării homeostaziei cu mediul cultural și social de existență specific umană. În această adaptare, omul preferă aspirațiile și idealurile îndepărtate înaintea celor imediate, detașîndu-se creator de natura sa pentru a asigura progresul grupului.

Specificul adaptării umane aduce în discuție și necesitatea definirii normalului în comportarea umană, definire ce devine dificil de făcut. Normalitatea este raportată, în general, la axiologie, la normele umane și include asimilarea unui comportament de

adaptare la normele și regulile sociale. Omul normal își asigură astfel un echilibru dinamic între doi poli, înnăscut și cîștigat, biologic și social, în limite de toleranță admise și avînd totdeauna o fîșie de siguranță și certitudine comportamentală. Normalitatea reprezintă astfel un echilibru dinamic al personalității cu mediul, echilibru ce se asigură prin aspirații specific umane către normativitate, prin interrelații, discernămînt și responsabilitate anticipativă. Normalitatea la om devine o aspirație către o adaptare valorică la ambianță, către un sistem responsabil de conduită, către previziunea comportamentului într-o situație dată, către crearea valorilor chiar și în dificultate (reușita ușoară plictisește), în final către o organizare valorică a personalității. Sub acest aspect, sănătatea mintală care condiționează comportamentul specific uman devine o adaptare eficientă la mediu cu optimizarea acțiunilor unei personalități al cărei randament trebuie raportat la norme culturale și sociale. Normalitatea include anticiparea ca esență a psihicului uman, precum și raportarea la alții ca o condiție ontologică a persoanei. Normalitatea devine un echilibru între conformare și individualizare ce asigură progresul societății, un echilibru între obiectiv și subiectiv, între factorii interni și cei externi ce implică transformarea culturală a oricărei impulsiuni interne. Căci din respectarea normelor sociale rezultă progresul social iar din individualizarea adaptării rezultă libertatea și responsabilitatea autentică. Subiectivul se obiectivează astfel în acte sociale, iar obiectivul se interiorizează și subiectivează în norme de comportament propriu. Raportul dintre aceste condiții obiective și nivelul de aspirație al indivizilor constituie cel mai fidel indiciu despre echilibrul și starea de sănătate a grupului, realitatea individuală și cea socială fiind complementare. Societatea, prin valorizarea naturii în cultură, a dus la crearea unui spațiu axiologic specific uman și la transformarea comportamentului natural într-un comportament cultural. În această interpretare dialectică trebuie căutată și originea unor disfuncții sociale. Astfel, unele situații de microgrup fac posibile instabilitățile și adaptarea de tip *hic et nunc* în detrimentul unei adaptări conștiente, bazată pe previziune etc. Faptul că în situații dificile de adaptare conștientizarea poate fi maximă (Claparède), mediul social fiind infinit mai complex decît cel biologic, atestă indubitabil că actele omului sînt expresia unei adaptări conștiente ce depășește orice adaptare inconștientă, motivată pur biologic.

Criteriile de adaptare umană și ale normalității aduc în discuție problema aprecierii prospective sau retrospective a comportamentului. Comportamentul este o sursă de informare despre nivelul de conștiință, iar comportamentul anticipativ, specific uman, se realizează în raport de nivelul informațiilor și experiența anterioară cît și de posibilitățile de corectare a reacțiilor proprii. Orice tulburare a capacității de integrare, homeostazie, adaptare sau anticipare, devine un criteriu de apreciere retrospectivă sau prospectivă a comportamentului patologic. Desigur că varietatea comportamentelor umane face dificilă aprecierea cotientului comportamental, a coeficientului de adaptare în viitor, dar, cunoscînd „intrările" și „ieșirile" unei reacții de comportament, putem cunoaște și prevedea comportamentul unui sistem (al omului).

În expertiza medico-legală a comportamentului deviant, un rol deosebit îl are aprecierea discernămîntului, prin care se înțelege capacitatea de a concepe scopurile, etapele și rezultatele unei acțiuni (planul unei acțiuni) în raport de ceea ce comportamentul are specific uman (motivații, anticipări etc.). Discernămîntul, ca sinteză a funcțiilor intelectiv — afectiv — volitive, ca stare de conștiință a subiectului în momentul actului, depinde de personalitatea subiectului și de starea conștiinței sale în acel moment. Între conștiința de veghe și conștiința axiologică, de opțiune a valorilor, discernămîntul are multiple nivele (reactiv, reflectat, anticipativ, de analiză și prevenire a unor consecințe) care se proiectează în atitudinile specific umane. Discernămîntul capătă astfel o funcție de judecată critică în deosebirea binelui de rău, licitu-

lui de ilicit etc. și cu această categorie se operează curent în expertiza medico-legală psihiatrică. Analiza medico-legală a discernămîntului și întrunirea acestei capacități de distingere a valorilor de nonvalori, de către un subiect, implică deci funcții psihice normale, experiență anterioară suficientă, capacitate anticipativă prin reprezentări, gîndire logică etc. precum și nivel cultural în scopul înțelegerii esenței etice a relațiilor sociale. Din noțiunea de discernămînt, categorie medico-legală, se deduce responsabilitatea unui subiect, semn principal al autonomiei umane cu reflectare directă în responsabilitatea socială și juridică a unei persoane.

REGULILE EXPERTIZEI PSIHIATRICO-LEGALE

Psihiatria medico-legală se ocupă cu precădere de comportamentul aberant al bolnavilor psihici, bolnavi care, de fapt, nu comit infracțiuni ci fapte antisociale. Ponderea faptelor de comportament aberant (delincvență patologică) în comportamentul deviat este redusă, dar cunoașterea sa în vederea aprecierii discernămîntului, responsabilității și vinovăției ca și în asigurarea protecției comunității și persoanei devine absolut necesară. Delincvența patologică se decantează ca o delincvență remanentă ce obligă la măsuri de protecție medico-socială atît a bolnavului psihic cît și a anturajului și societății. Ponderea sa de 5-10% din devianță motivează suficient o astfel de preocupare. Dar expertiza medico-legală studiază și personalitatea unui subiect responsabil, în scopul de a face mai eficace măsurile de reinserție socială prin modularea lor la personalitate. Efortul de reinserție socială, expresie a umanismului și legiferărilor socialiste, obligă expertiza medico-legală la o viziune largă asupra devianței ce alterează aspirațiile specific umane și la o profilaxie eficientă a sa. Expertiza medico-legală va soluționa astfel următoarele probleme:

1. Existența sau nonexistența unei anomalii mintale. De regulă, juristul solicită o expertiză psihiatrico-legală, fie dacă are îndoieli asupra stării psihice a subiectului, fie dacă, în cazuri de infracțiuni bizare, cu mobil aberant sau de vătămări corporale grave comise în mod feroce etc., se lasă loc interpretării intervenției unei motivații patologice printr-o tulburare mintală.

2. Relația anomaliei mintale cu fapta imputabilă. Expertiza va stabili măsura în care fapta este expresia unei îmbolnăviri psihice (fapta ca simptom de boală) cu relevanță medico-legală. Comportamentul patologic, pe lîngă faptul că devine un simptom major de îmbolnăvire mintală, fapt ce a făcut pe H.Ey să afirme că psihiatria medico-legală relevă aspectul cel mai caracteristic al psihiatriei (ca patologie a libertății, boala psihică anulînd responsabilitatea), acest comportament patologic devine însă și un indicator, deseori specific, pentru forma de îmbolnăvire (motivația delirantă a unor fapte antisociale, specificul comportamentului în epilepsie, în stări confuzionale etc.).

3. Precizarea factorilor care au putut favoriza trecerea la act, printre care factorii genetici, constituția, consumul de alcool, grupul deviant, victima ce consimte, cooperează sau provoacă etc.

4. Stabilirea discernămîntului față de fapta imputabilă. Act de analiză intelectiv — volitivă, discernămîntul presupune normalitatea psihică înțeleasă ca aptitudine și aspirație către realizarea binelui uman și social prin integrare bio-psiho-axiologică, adaptare prin anticipare la mediu, la norme și la ceilalți oameni. Normalitatea nu implică numai criterii statistice, de comportare medie, ci mai ales criterii sociale de raportare a comportamentului la

norme, precum și criterii axiologice de integrare a comportamentului în motivațiile și idealurile sociale. Normalitatea psihică este sinonimă cu sănătatea mintală care, după datele O.M.S., implică echipament genetic adecvat, dozare corectă a gratificațiilor și frustrărilor în copilărie, mediu diversificat pentru schimburi intelectuale variate în măsură să ducă la autonomie, atitudine spiritual-creativă și homeostazie psihică anticipativă. Normalitatea se impune ca o confruntare cu realitatea care, prin integrare progresivă, conferă autonomie persoanei (Alport), de accea, gradul de adaptare la mediul de viață devine primul criteriu al normalității. Normal este subiectul capabil să-și asigure autonomia prin adaptare și să rămînă liber (Ey). Norma fiind o judecată de valoare, normal devine omul ce se adaptează la norme. Sănătatea mintală (normalitatea) devine libertatea de adaptare la condiția umană (Pelicier) și presupune capacitatea de a îndeplini roluri sociale (Fromm), de autoactualizare (Maslow), de adaptare cu eficacitate maximă (Menninger) de autonomie (Pelicier) etc. În orice definiție, adaptarea homeostazică la situații de mediu devine criteriul esențial al sănătății mintale. În aceste condiții, sănătatea trebuie privită ca valoare (ca adaptare la valori), în sensul că omul devine creator al propriei sale sănătăți și orice inadaptare devine o patologie a integrării umane.

Discernămîntul bazat pe normalitatea umană, ca modalitate de adaptare la lume și de realizare în lume, implică funcții senzoriale și intelectuale normale, experiență anterioară suficientă, capacitate de a distinge, prevedea și concepe actele proprii, capacitate de a anticipa consecințele faptelor proprii prin reprezentare și gîndire logică, deci capacitate de a acționa liber, la care trebuie adăugată aptitudinea de înțelegere și respectare a esenței etice a relațiilor sociale, afectivitatea și voința de a aspira spre nivele culturale superioare de comportament ce cresc alternativele de alegere umană. Discernămîntul exprimă astfel integrarea într-o sinteză unică a funcțiilor de percepție (analizatori integri, experiența anterioară), mnezice (condiție a învățării și reprezentării), de învățare și reprezentare (evocare a experienței în imagini ce favorizează anticiparea actelor), gnozice (de elaborare de idei care prin funcțiile lor superioare ca inteligența, permit o adaptare suplă la situații, iar prin independență, gîndirea asigură spiritul critic), de comunicare (formulare de soluții), de relație (de trăire afectivă) precum și a funcțiilor caracteriale și temperamentale. A discerne o situație și în consecință a avea o conduită adaptată implică a înțelege o situație, a amîna o situație prin analiză critică ce se interpune între stimuli și răspuns, a compensa o situație prin înlocuirea unei acțiuni, a inventa sau chiar a simula o situație prin ocolirea unei acțiuni dificile. Aptitudinea de înțelegere, de previziune a consecințelor, de opțiune și stăpînire ce dau conținut discernămîntului, devine criteriu al normalității și exprimă o stare de conștiință. Multiple situații de anulare a discernămîntului atestă interdependența acestor funcții psihice în discernămînt: surditatea duce la suspiciune, izolarea și inactivitatea la psihoze, izolarea lingvistică la delir, privarea volitivă la dezorientare și confuzie, abuzul de neuroleptice la privare senzorială, psihică și socială, lipsa aferentațiilor afective la lipsa remușcărilor și insensibilității etc. Vom întîlni astfel nivele de discernămînt elementar, instinctiv, reactiv sau de veghe, de discernămînt reflectat, abstract, logic (de reflectare realistă a realității) și de discernămînt anticipativ, axiologic (de opțiune pentru valori și distingere a binelui de rău). De aici (din cele trei nivele) rezultă și criteriile de abordare a discernămîntului care vor fi de natură logică (capacitatea de a înțelege consecințele faptelor proprii), psihologică (capacitatea de anticipare a consecințelor lor), medicală (excluderea unei îmbolnăviri psihice), axiologică (aptitudinea de a

promova și realiza binele) și juridică (capacitatea de a alege și a fi responsabil). Responsabilitatea devine astfel capacitatea de autonomie și alegere a actelor, fiind liber cel ce are puterea de a reflecta asupra propriilor acte, cel care rezistînd instinctelor prevede consecințele actelor proprii și aspiră la un nivel moral superior (Aristotel). Din criteriul medical al sănătății psihice ca echilibru bio-psiho-social decurg, în esență, criteriile stabilirii discernămîntului (setul de criterii ce permit alegerea) ca aptitudine de a înțelege, judeca și evalua adecvat o situație din punct de vedere psihic.

5. În raport de gradul de nocivitate pentru relațiile interumane ale unui comportament aberant, se impun și *măsurile de predicție, prevenire și de protecție socială.* În general, cu cît comportamentul este mai schematic și mai stereotip cu atît este mai predictibil, iar gradele de nocivitate ale acestuia scad de la halucinațiile imperative și delirul de influență (ce fac din bolnav un robot) la individualizarea persecutorului și la acte automatice. Se relevă aici rolul medico-social al psihiatriei medico-legale, rol prin care această specialitate devine o autentică ramură a psihiatriei sociale.

6. Accesibilitatea subiectului la reeducare („ingineria socială a comportamentului") prin mijloace juridice, medico-pedagogice sau medicale. Expertiza medico-legală psihiatrică se epuizează cu aceste recomandări ce vizează tratarea bolnavului, modularea sancțiunii penale la personalitatea subiectului sau reinserția sa prin aplicarea mijloacelor medico-pedagogice adecvate (psihoterapie individuală, de grup etc.) în raport de gradul de alterare a discernămîntului.

COMPORTAMENTUL MINTAL ȘI BOALA PSIHICĂ

Așa cum s-a menționat, comportamentul aberant este un simptom major de îmbolnăvire psihică ce reține în mod deosebit atenția specialiștilor, deoarece prezintă riscuri majore pentru subiect ca și pentru anturaj, apoi, deseori, aceste simptome de îmbolnăvire psihică materializate în atitudini patologice de comportament au o valoare diagnostică, în sensul că pot caracteriza și defini tipul de boală mintală, debutul, evoluția și prognosticul său.

Oligofrenia. Deficitul mintal de tipul oligofreniei se caracterizează prin:

— sărăcie intelectivă care face dificilă adaptarea subiectului la mediu și normativitate, mai ales la situații noi, insolite;

— imaturitate afectivă care duce la trăiri instinctive și impulsiuni necontrolate;

— sugestibilitate ce poate merge pînă la inducție și care se manifestă printr-un eretism comportamental cvasispecific. Sugestibilitatea poate fi izolată sau epidemică (de grup). Desigur, receptivitatea la influențe este o formă de adaptare, dar receptivitatea la care nu operează procesele discriminatorii de judecată devine sugestibilitate. Stările de sugestie pot fi ideative, afective sau situaționale, în oricare din situații persoana neputînd apela la instanțe raționale ce ar invalida tendința la conformism prin sugestie. Sugestia se bazează pe închipuire (formarea de imagini), transpunere (comutarea unei acțiuni), conformare (acțiune din complezență), subordonare (supunere necritică) și captare (orientare selectivă către ceva), toate cu aptitudinea de a elimina spiritul critic. Stările conflictuale, deruta, situațiile ambigue vor elimina spiritul critic și vor favoriza sugestia;

— alte simptome de debilitate mintală se referă la incapacitatea de a diferenția obiectivul de subiectiv, incapacitatea de amînare a plăcerilor, lipsa de anticipare, lipsa maturității emoționale, credulitatea prin lipsa discernămîntului axiologic, minciuna prin lipsa criteriilor logice, lipsa sensibilității morale și a inteligenței ce dă supletea comportamentală, prin gîndire con-

cretă, situativă, reproductivă, şi nu creativă. Prin astfel de trăiri, debilii mintali nu ajung la autonomie şi în cel mai bun caz relevă un comportament conformist. Ei suportă greu eşecul, sînt stîngaci (mobilizează greu disponibilităţile psihice), manifestă hiperactivitate instinctuală în contrast cu hipoactivitatea intelectuală şi deseori comportamentul lor aberant este justificat de furie, insecuritate, emoţii explozive etc. Mediul familial dezorganizat şi rejetul afectiv accentuează aceste tulburări.

Orice definiţie a debilităţii mintale include un Q.I. sub medie şi o incapacitate de adaptare la exigenţele vieţii (tabelul 86).

Tabelul 86

Clasificarea inteligenţei

Coeficientul de inteligenţă	Clasificarea nouă	Clasificarea tradiţională
117	peste normă	peste normă
84—116	norma	norma = 110
68—83	gîndire greoaie	gîndire greoaie = 90
52—67	handicap mintal uşor	limită handicap = 80 debilitate mintală = 70
36—51	handicap mintal moderat	imbecilitate = sub 50
20—35	handicap mintal avansat	
—19	handicap mintal profund	idioţie = 20

Oligofrenia include multiple nivele şi forme, de la imbecilitate ca deficit grosier al funcţiilor mintale pînă la pseudodebilitatea mintală (aşa-numitul debil mintal superior) cu deficit de originalitate, infantilism, credulitate etc. prin carenţe predominant educative. Se mai vorbeşte de o debilitate mintală armonică (compensată social şi pragmatic utilizabilă) şi o debilitate mintală dizarmonică (decompensată social şi neutilizabilă), cînd la deficitul mintal se adaugă tulburările de caracter ce se accentuează mai ales cu apariţia sexualităţii şi care fac comportamentul debilului mintal lipsit de orice supleţe adaptativă şi, ca atare, bogat în incidente sociale (tabelul 87). Se mai admite o debilitate mintală benignă (de cauze psiho-socio-culturale) şi malignă (de cauze biologice).

Oligofrenul ce apare în faţa comisiilor de expertiză medico-legală este fie un imbecil care, cel mai frecvent, apare antrenat în acte antisociale prin sugestibilitate marcată ce merge pînă la inducţie (subordonare comportamentală totală), fie un debil mintal inferior sau mediu ce nu atinge nivelul mintal al vîrstei de 12-14 ani, vîrstă ce constituie nivelul unei adaptări sociale elementare, şi anume vîrsta discernămîntului. Debilitatea mintală superioară este de fapt o debilitate de origine afectivă sau instructiv-culturală. Debilii mintali manifestă o capacitate scăzută de înţelegere a situaţiilor, o sugestibilitate marcată ce-i face să adere cu uşurinţă la fapte rău intenţionate, sugerate de alte persoane mai dezvoltate mintal şi care devin astfel autorii reali şi responsabili ai acestor fapte. Prin gîndirea lor concretă, intuitivă, debilii mintali nu se pot adapta la situaţii noi, care devin dificile şi cînd se conduc după legea ori/ori. Datorită deficitului intelectiv ei vor manifesta o rigiditate comportamentală mai ales în situaţii de frustrare afectivă, cînd caracterul grosier al reacţiilor şi modul primitiv de comportament devin frapante. Dificul-

Tabelul 87

Clasificarea comportamentului adaptat (Sloan W. și Birch W. J.)

Nivel \ Vîrstă	Vîrstă preșcolară: 0–5 ani Maturație și dezvoltare	Vîrstă școlară: 6–21 ani Învățare și educare	Adulți: 21 ani Adaptare socială și profesională
Nivel I (arieraţii profunde)	Întîrziere enormă; posibilităţi infime în domeniile senzoriomotorii. O nevoie de îngrijiri infirmiere.	Prezenţa unei oarecare dezvoltări motorii; incapacitatea de a învăţa pentru a cîştiga o autonomie. Nevoia de îngrijiri totale	Prezenţa unei oarecare dezvoltări motorii şi a limbajului. Incapacitatea totală de a subvenţiona propria sa întreţinere. Necesitatea îngrijirii şi unei supravegheri absolute
Nivel II (arieraţii severe)	Proastă dezvoltare motorie; limbaj minimal; în general incapabil de a profita de o învăţare pentru a deveni autonom; sărăcia sau lipsa capacităţii de comunicare	Poate vorbi sau învăţa a comunica; poate cîştiga obiceiuri de igienă elementară; nu poate cîştiga cunoştinţe şcolare; profită de învăţare vizînd obiceiuri sistematice (dresaj)	Poate contribui parţial la propria sa întreţinere, însă sub control total; poate cîştiga posibilităţi de autoprotecţie la un nivel de utilitate minimă într-un mediu controlat
Nivel III (arieraţii moderate)	Poate vorbi sau învăţa a comunica; proastă priză de conştiinţă socială; bună dezvoltare motorie; poate profita de învăţare vizînd a cîştiga o autonomie. Necesită o supraveghere moderată	Poate cîştiga, către vîrsta de 20 ani, cunoştinţe şcolare de nivelul clasei a IV-a primare şi să i se dea o educaţie specială	Capabil de a susţine întreţinerea sa în meserii necalificate sau semicalificate. Nevoie de supraveghere şi de directive în faţa unui stress economic sau social lejer
Nivel IV (arieraţii lejere)	Poate cîştiga posibilităţi de contact social şi de comunicare; întîrziere minimală senzoriomotorie; rareori se distinge de un normal înainte de vîrsta ulterioară	Poate avea puţin înaintea celor de 20 ani, cunoştinţe şcolare de nivel mediu a clasei a VI-a primare. Nu poate acceda la subiecte generale tratate în clasele secundare. Necesită un învăţămînt special, în particular la nivelul vîrstei claselor secundare	Capabil de adaptare socială şi profesională cu o educaţie şi o învăţare apropiată. Are nevoie de supraveghere frecventă şi de directive în faţa unui stress economic sau social

tatea abstractizărilor, deficitul noţional, greutatea efectuării analizelor şi sintezelor etc. creează baraje evidente în relaţiile cu ceilalţi, cînd, dacă se vor adăuga sentimentele de umilinţă sau de devalorizare prin eşecuri repetate precum şi dificultăţile relaţionale prin lipsa sentimentelor de identitate cu alţii, vom asista la multiple devieri comportamentale care vor avea drept caracteristică incapacitatea de prevedere, afectivitatea săracă, automatică şi lipsa spiritului autocritic. Deseori, insatisfacţiile afective ale debilului mintal se vor compensa prin sentimente de împrumut în cadrul unui grup deviant (debilii mintali aglutinează uşor în astfel de grupuri), prin comportamente sexuale primitive de tipul perversiunilor (masturbare, bestialitate etc.) din care, de regulă, lipseşte înţelegerea semnificaţiei sociale a actului. De aceea, cel mai frecvent, debilii mintali fac acte de furt motivate prin lipsa de rezistenţă la tentaţii, prin sugestie sau prin necesitate patologică (aşa cum ar fi furtul condiţionat de vagabondaj), comit acte de violenţă şi agresiune sexua-

lă, de prostituție etc. Frecvent sînt atrași ca elemente pasive în acte de perversiune și, ori de cîte ori nu păstrează capacitatea discriminării asupra conținutului și consecințelor faptelor antisociale proprii, vor fi considerați fără discernămînt. Prin deficitul de analiză și sinteză psihică, oligofrenia este asimilată cu nebunia ca reprezentare anormală a lumii externe. Debilii mintali care depășesc însă nivelul unei adaptări de 12-14 ani pot fi responsabili datorită păstrării capacității de analiză lucidă și elementară. Totul se apreciază însă în raport de gradul deficitului mintal, de fapta imputabilă precum și de situația creată.

Epilepsia. Comportamentul aberant epileptic trebuie analizat în raport de trei circumstanțe nosologice: comportamentul din timpul crizelor epileptice, comportamentul dintre crize și comportamentul psihozei epileptice.

În timpul crizelor de „grand mal", datorită specificului lor, nu se pot comite acte antisociale. Crizele psihomotorii ca și alte echivalențe psihice sînt însă foarte bogate în consecințe comportamentale. Epilepsia temporală este cunoscută pentru încărcătura sa afectivă care duce la o agresivitate marcată. Crizele de epilepsie temporală apar ca modificări paroxistice de conștiință însoțite de halucinații, senzații de înstrăinare, de debublare a personalității (diplopie morală), de depersonalizare, cu idei brusc impuse care, pe fondul obnubilării conștiinței, pot determina la idei forțate ce se realizează agresiv. Starea de „dreamy-state", de a trăi într-o lume de vis în care se suprapun crize afective paroxistice, determină la reacții agresive marcate, la furie patologică excesivă, deseori neîntreruptă și fără un scop precis. Crizele agresive au aspectul eliberării de sub un centru frenator și ele s-au observat și în encefalitele de corn Ammon, în leziunile nucleului amigdalian, în leziunile sistemului limbic sau ale hipocampului ventricular. Aceste accese de furie sînt similare excitării experimentale a hipotalamusului și amigdalei cu eliberarea de acetilcolină și realizarea unor adevărate stări de coleră agresivă. La om, în situații de remanență și încărcare afectivă, reacțiile vor avea o gravitate similară. Deseori, la acești bolnavi, un stimul de mediu extern sau intern, motivat de o stare afectivă deosebită, determină reacții agresive grave, caracteristice reacțiilor elementare, automatice din partea unor structuri nervoase mai vechi și mai rudimentare psihic. Dacă, în mod normal, motivația determină variația comportamentului uman, în astfel de stări motivația devine patologică și se poate realiza într-o stare confuzională, avînd consecințe grave. Într-o astfel de stare, o bolnavă frustrată afectiv, recurge la mutilarea subiectului care a părăsit-o, realizînd ideea agresivă în plină stare confuzională.

În echivalențele epileptice cu automatism ambulator, bolnavii pot face acte de fugă, de furt sau chiar de omor patologic, motivate patologic sau total nemotivate. Sînt caracteristice acestor stări: violența extremă, subită, lipsa de premeditare, efectuarea faptului în stare de conștiință obnubilată și ca atare cu amnezie totală pentru faptul comis. Actul poate fi realizat în plină stare confuzivă, dar exprimarea sa prealabilă ca intenție stîrnește dubii din partea anchetei. Agresiunea se exercită deseori împotriva primei persoane ieșită în cale, în momentul în care bolnavul face criza de echivalență epileptică, iar din analiza retrospectivă a comportamentului se desprinde caracterul său automatic, amnezic și confuzional. Astfel, într-un furt tipic patologic, bolnavul recurge la act la vedere, pe stradă, fiind vorba de un obiect de care nu avea nevoie, avînd asupra sa banii necesari, deși intenționa să-și cumpere un alt obiect. Survenirea crizei de confuzie mintală în acest moment a determinat la actul de furt bizar al unui obiect pe care apoi l-a aruncat sau abandonat. Fiind ajuns de către cei deposedați, bolnavul dă răspunsuri confuze, încearcă să se justifice dar inadecvat, umplînd golurile sale de memorie sau chiar ade-

rînd la ceea ce i se sugeră. Într-o fugă patologică de părăsire a unui post, un bolnav merge fără scop, se expune la pericole pentru viaţă şi sănătate, se prezintă dezordonat îmbrăcat şi fără a-şi aduce aminte de modul de realizare a faptului. Cercetarea retrospectivă a comportamentului, dedus din modul de comitere a faptului, alături de investigarea corectă a antecedentelor de boală, de examenul clinic şi de explorările complementare (EEG spontan sau după activare) vor fi în măsură să precizeze diagnosticul şi să deducă discernămîntul faptei imputabile. Trebuie menţionat că un simplu traseu modificat în sens epileptic nu este suficient pentru afirmarea lipsei discernămîntului dacă, din examenul clinic şi modul de comitere al faptului, nu rezultă elemente patologice de comportament (fig. 308, 309).

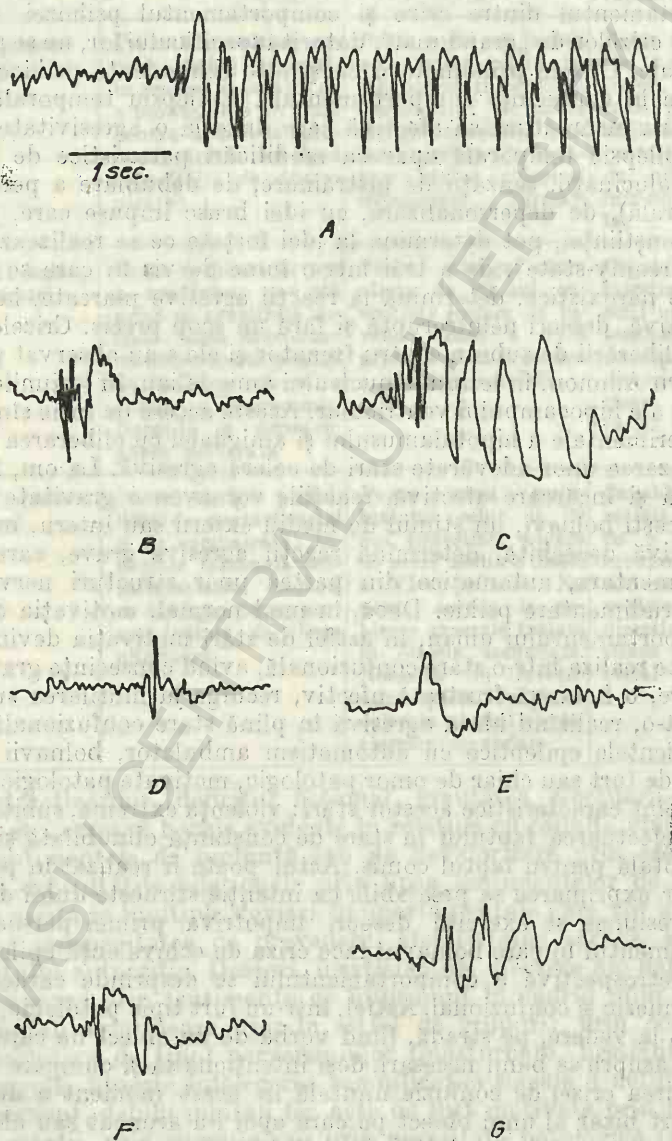


Fig. 308. Grafoelemente EEG de tip epileptic (Călcăianu).

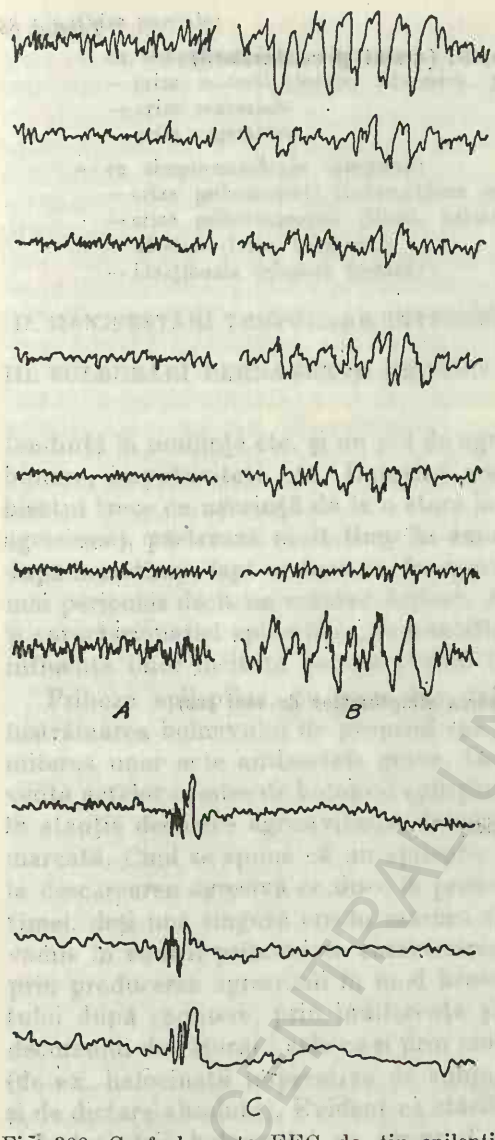


Fig. 309. Grafoelemente EEG de tip epileptic după activare (Călcăianu).

Toate tulburările epileptice de conștiință se caracterizează prin îndepărtare de lumea externă (acțiuni în neconcordanță cu realitatea), dezorientare (datorită tulburărilor de memorie și atenție), incoerență ideatorie și tulburări de memorie (confuzie urmată de amnezie). Amneziile epileptice pot lua și forma falselor recunoașteri, a reminiscențelor, cînd bolnavii iau lucrurile vechi ca recente, sau a confabulației cînd pun imaginația în locul amintirilor reale. Sugestibilitatea, imaginația patologică, uitarea sau contenția parțială a amintirilor vor influența major și mărturia epilepticilor. Unele amnezii au origine afectivă în amintiri neplăcute, după cum altele sînt de fixare, conservare sau evocare. De asemenea, amneziile pot fi extensive (după ce a declarat deja un fapt) sau eronate. Ictusuri amnezice se observă și în ateroscleroză, PGP, tumori temporale etc., de aceea, totdeauna, amintirile după o confuzie mintală nu au valoarea unor declarații valide. Actele automatice epileptice trebuie diagnosticate diferențial de beția patologică, de intoxicații și infecții cerebrale, de hipoglicemia, anoxia sau stressurile acute.

Pavor-ul nocturn include o reacție de panică în timpul somnului, cu anxietate, agitație, halucinații, confuzie și amnezie. Narcolepsia apare ca un automatism epileptic declanșat deseori de emoții (epilepsie de lop temporal). Stările crepusculare includ starea de dezorientare cu conservarea unor acte coordonate dar cu amnezie ca în automatismul ambulator, fuga patologică, somnambulism etc. Crizele epileptice trebuie deosebite de stările de „drop atack" (prin ischemia sistemului reticular la obliterarea arterelor vertebrale), sau de crizele simulate care nu se asociază cu fenomene vago-motorii, nu au midriază, nu au tulburări sfincteriene, apnee etc. (tabelele 88, 89).

Între crizele epileptice, un subiect poate fi normal și ca atare poate păstra discernămîntul faptelor proprii dar, alteori, poate prezenta modificări psihice datorită crizelor repetate, modificări ce caracterizează caracteriopatia epileptică, cu cei doi poli ai săi: un pol de stază psihică cu lentoare, bradipsihie,

Tabelul 88

Clasificarea clinică a epilepsiei (Arseni și colaboratorii)

I. CRIZE PARȚIALE

1) Cu simptomatologie elementară:
- motorii:
  - focale
  - adversive
  - posturale
  - inhibitorii
- senzitiv — senzoriale
- vegetative

2) Cu simptomatologie complexă:
- psihomotorii:
  (automatisme) — gestuale
  — mimice
  — verbale
  — ambulatorii
- psihosenzoriale:
  - iluzii
  - halucinații
  - agnozii
- intelectuale:
  - dismnezice
  - amnezice
- ideaționale — gîndire forțată
- afective (neliniște, furie, frică)

3) Cu simptomatologie compusă (combinarea simptomelor de mai sus)

II. CRIZE GENERALIZATE

1) neconvulsive:
- absențe tipice sau atipice
- crize astatice (atonice sau achinetice)
- crize comatoase fără convulsii

2) convulsive:
- mioclonice
- clonice
- tonice
- tonico-clonice (convulsii majore)

III. CRIZE UNILATERALE
- clonice
- tonice
- tonico-clonice

IV. STĂRILE DE RĂU EPILEPTIC

Tabelul 89

Clasificarea epilepsiei (Michaux)

I. MANIFESTĂRI EPILEPTICE DE TIP CRITIC:
- Crize generalizate:
  - convulsive:
    - crize tonico-clonice (majore)
    - crize clonice
    - crize tonice
    - crize mioclonice
  - neconvulsive:
    - absențe tipice sau atipice
    - crize astatice
    - crize epileptice comatoase fără convulsii

— Crize parțiale;
— cu simptomatologie elementară:
— crize motorii (focale, adversive, posturale)
— crize senzoriale
— crize vegetative
— cu simptomatologie complexă:
— crize psihomotorii (automatisme gestuale, mimice, ambulatorii)
— crize psihosenzoriale (iluzii, halucinații, agnozii)
— afective (furie, frică etc.)
— ideaționale (gîndire forțată).

II. MANIFESTĂRI TEMPORARE INTERCRITICE

III. TULBURĂRI PERMANENTE PRIVIND PERSONALITATEA

tendință la umilințe etc. și un pol de agresivitate cu irascibilitate, idei de răzbunare, impulsivitate etc. Datorită acestor modificări psihice polare, subiectul trece cu ușurință de la o stare la alta (de exemplu, de la umilință la agresiune), păstrează mult timp în amintire ideile vindicative și se răzbună după mult timp, fapt ce face ca, frecvent, un „epileptic blînd să fie considerat mai periculos decît un maniac furios". Faptul invederează riscul constituției și caracteriopatiei epileptice „de a se afla oricînd în pragul delincvenței", sub influența unor incitații banale putînd trece cu ușurință acest prag.

Psihoza epileptică, cu pierderea capacității de reflectare a realității și înstrăinarea bolnavului de propriul său psihic, este în măsură să ducă la comiterea unor acte antisociale grave. Deși, datorită asistenței medicale, frecvența actelor comise de bolnavii epileptici a scăzut, gravitatea lor rămîne însă în atenție deoarece agresivitatea descărcată de un psihotic epileptic poate fi marcată. Cînd se spune că un epileptic omoară un cadavru, faptul se referă la descărcarea agresivă ce duce la producerea unor zeci de leziuni asupra victimei, deși una singură era în măsură să producă moartea. Omorul epileptic comis în cadrul psihozei se caracterizează prin absența oricărei premeditări, prin producerea agresiunii în mod brusc și feroce, prin lipsa disimulării faptului după comitere, prin indiferența și absența remușcărilor, prin amnezia decursului desfășurării sale ca și prin motivația, deseori halucinatorie, a crimei (de ex. halucinații imperative de subjugare a comportamentului bolnavului și de dictare absolută). Evident că stările psihotice, datorită disoluției psihice și înstrăinării bolnavului de propriul său psihic, duc la iresponsabilitate psihică.

Alcoolismul acut. Relația alcoolism — delincvență se referă la următoarele situații:

— cel mai frecvent alcoolismul devine un teren al delincvenței prin degradarea personalității (omor la contrarietate, din gelozie etc.);

— alcoolismul favorizează trecerea la act și facilitează un raptus agresiv;

— alcoolul amplifică delincvența (ex. sexopatia);

— alcoolismul poate fi simptom de delincvență ca în sociopatie.

Alcoolismul acut are un rol criminogen incontestabil deoarece, prin anularea controlului conștient și inhibitor al scoarței cerebrale, eliberează structuri

subcorticale ce facilitează actele nereflectate, impulsive și chiar automatice. Cînd se spune că alcoolismul este anticamera delincvenței, se evocă rolul alcoolului de favorizare a trecerii la act, fapt ce face ca, în peste 60% din infracțiuni, cuplul alcool-delincvență să fie constant întîlnit. Alcoolismul determină la infracțiuni, mai frecvent consecutiv stării de ebrietate cu lipsa controlului conștient, și mai rar este consumat în scopul realizării actului. De regulă, subiectul în stare de ebrietate, într-o situație dificilă ce ar trebui reziliată pe cale conștientă, nu posedă rezervele necesare unei atare rezoluții, angajîndu-se în acte impulsive, de grandoare și performanță, consecutiv anulării controlului conștient al faptelor proprii de către scoarța cerebrală. Shakespeare spunea că demonul beției lasă în loc demonul mîniei. Mai rar, subiectul consumă alcool pentru a obține dezangajarea necesară comiterii unui fapt delincvent (pentru a căpăta curaj), așa cum se întîmplă în acțiunile motivate de gelozie, răzbunare etc., iar în imaturitatea afectivă, debilitatea mintală sau pe structuri impulsive, alcoolul favorizează trecerea la act. Alcoolismul acut nu duce la disculpare, deoarece, subiectul păstrează conștiința abținerii de la consumul nociv de alcool, fapt ce s-a materializat în afirmații clasice de tipul aceleia că, odată cu alcoolul, subiectul nu înghite și circumstanțele sale atenuante.

În situația în care motivația consumului de alcool se repetă, există riscul instalării *alcoolismului cronic* care, de această dată, degradează personalitatea. Mai întîi trebuie precizat că, frecvent, structura de personalitate favorizează acest consum repetat de alcool ducînd la instalarea alcoolismului cronic. Consecutiv consumului abuziv de alcool, personalitatea se modifică sau dizarmonia sa se accentuează, pînă la a dicta și lega viața subiectului de dorința de alcool, ce devine astfel patologică.

Motivațiile consumului abuziv de alcool ca drog rezidă în puterea sa anxiolitică de reziliere a tensiunilor și de înlăturare a barierelor de timiditate, în final de înlăturare a unui sentiment de culpă rezultat dintr-un eșec relațional al subiectului. Prin aceasta, consumatorul de alcool fuge de o realitate apăsătoare, atenuează un eșec al comunicării sale interumane, deoarece alcoolul are aptitudinea de a anula sau chiar de a distruge sistemele de feed-back comportamental și de „a da senzația liniștitoare a evaziunii dintr-o realitate apăsătoare". Cum „ceea ce satisface tinde a se reproduce" (legea Thorndicke), alcoolismul cronic se instalează ca o consecință a unei dorințe repetate de „imobilizare în prezent", prin amputarea consecințelor neplăcute de viitor ale unor situații de viață insolite sau generate chiar de consumul abuziv de alcool. Într-o primă fază, subiectul trăiește o amnezie fără pierderea cunoștinței, consecință directă a scăderii toleranței la tensiuni psihice prin alcool. Într-o a doua fază, subiectul manifestă sentimente de culpă în fața degradării personalității sale, motiv pentru care începe să bea pe furiș, motivîndu-și consumul abuziv în următorul fel: „Pentru ce bei? Ca să uit. Ce să uiți? Că mi-e rușine. De ce ți-e rușine? Că-s bețiv". În fața unui eveniment pe care subiectul îl analizează ca neplăcut, evitarea consecințelor neplăcute se face prin raționalizare (încercarea de a da aparență logică unor acte iraționale), prin bovarism (persoana se închipuie altfel decît este în realitate), prin evitarea situațiilor indezirabile sau prin confesare. Într-o astfel de panică în fața degradării personalității, un subiect s-a dat drept autor al unui fapt imaginar, pentru a găsi soluții de abținere de la alcool prin detenție. Într-o a treia fază, consumul abuziv de alcool duce la scăderea simțului moral, a simțului critic și autocritic precum și a autocontrolului. Prin ținuta sa, subiectul intră în conflict cu familia și microgrupul, părăsește slujba, devine ostil fiind părăsit de prieteni, familie, iar comportamentul

devine dependent în exclusivitate de alcool. Se observă deci că alcoolismul începe ca o problemă morală și sfîrșește ca o maladie. Deteriorarea personalității începe cu degradarea morală și caracterială, după care subiectul devine indiferent față de orice, cu excepția alcoolului. De aceea se afirmă, pe bună dreptate, că alcoolismul la început dizolvă în el cele mai fine trăsături de personalitate (pudoarea, generozitatea, altruismul, responsabilitatea) și apoi tocește și distruge toate sistemele morale și sociale de referință, iar cînd dependența de alcool devine totală, subiectul se prezintă ca o persoană „ce și-a pierdut libertatea de a trăi fără alcool", asistînd la o degradare progresivă a funcțiilor psihice de la cele superioare către cele inferioare și la producerea unor infracțiuni, care sînt consecința directă a degradării personalității prin alcool. Bolnavul face consecutiv tulburări sexuale, alcoolul exaltînd dorința dar scăzînd potența sexuală. Tot Shakespeare spunea că alcoolul trezește pofta dar împiedică fapta. Pe acest fond biologic se structurează idei prevalente de gelozie, violență, neliniște. În dorința de a înlătura imaginea conștientă despre degradarea personalității sale, subiectul consumă alcool de dimineață, ingestia matinală fiind un fel de carrefour al trecerii de la stadiul de sociopatie la cel de degradare psihică și fizică (alcoolopatie), cu constituirea unei personalități instinctive, grefată de un comportament primitiv, egocentric și megaloman, ca trăsături esențiale ale personalității etilice. Dorința patologică de a bea împinge subiectul la delicte contra proprietății, la acte de insultă și huliganism motivate de constatarea că „acolo unde este alcool mult, este rațiune puțină" sau la acte de autovătămare și tentative de suicid prin depresie etilică. În acest mod, dependența de alcool devine tiranică și totală și produce o adevărată patologie a personalității care, începînd cu dorința și motivația de a suspenda aferențele dezagreabile, spală apoi orice fel de inhibiție și sfîrșește cu „solubilizarea eului" și reducerea personalității la comportamente grosiere, primitive, anomice și delincvențiale. De aceea, Darwin spunea că nu există o cauză mai puternică de suferință și mizerie decît alcoolismul care începe reactiv și devine aditiv (necesar). Alcoolismul cronic devine astfel un suicid cronic adus de proprietățile hedonice ale alcoolului. Personalitatea etilicului cronic se caracterizează astfel prin distimie, egoism, impulsivitate, toleranță scăzută la conflicte, scăderea sentimentelor morale etc.

Pentru alți autori, alcoolismul cronic s-ar instala în trei faze, și anume: faza precedentă consumului repetat cînd subiectul simte nevoia relaxării unei tensiuni interne, faza prodromică ce se atinge cînd subiectul își dă seama că această nevoie poate deveni tiranică și începe lupta cu nevoia patologică, dar nu reușește și-i cedează consumînd alcoolul pe furiș, și faza determinantă cînd se instalează pierderea controlului drept caracteristică principală a alcoolismului cronic. Acum subiectul pierde sentimentele etico-sociale și trăiește dezechilibre emotive, caracterul său se degradează, susceptibilitatea și sugestibilitatea cresc, iar în viața de cuplu generează stări conflictuale, idei de gelozie și chiar atitudini de complementaritate patologică (frecvent femeia copiază alcoolismul bărbatului, alcoolism ce devine o replică a celui masculin). În aceste stadii, neputința sau refuzul combaterii interne a nevoii de alcool duce uneori la acte de suicid.

Alți autori descriu acoolismului cronic o fază de obișnuință (luna de miere a alcoolicului) cu euforie prin înlăturarea tristeții, cu înlăturarea inhibițiilor și cu efecte depresive ce se cer combătute prin alcool matinal, o fază floridă (de creștere a toleranței), faza crucială (de pierdere a controlului) cu manifestări obscene, eliberare de automatisme, raționalizări (simte nevoia de a se

minți) și faza cronică cînd scade toleranța la alcool, ingestia matinală devine regula iar feed back-ul menține impulsul într-un sens circular.

Jelinek vorbește de faza alfa de dependență psihică fără pierderea controlului, faza beta cu consum de alcool pe ascuns datorită sentimentelor de culpă dar fără pierderea controlului, faza gamma cu dependență psihică și pierderea controlului, și faza delta cu simptome de sevraj și degradarea personalității.

Din cele de mai sus rezultă că alcoolismul cronic constituie un epifenomen al unei personalități fragile, dezechilibrate, fapt ce a făcut să se afirme „că asocialul descoperă alcoolul", că deci alcoolismul este o adevărată maladie a personalității. Plecînd de la nevoia diminuării presiunii conștientului asupra inconștientului, de la proprietățile alcoolului de a fi un fel de lubrifiant social (prin care „lumea fictivă devine mai plăcută decît cea reală"), se ajunge la o dependență totală de alcool cu pierderea oricărui control și cu un comportament încărcat de riscuri antisociale. În acest stadiu, bolnavii comit furturi pentru procurarea de alcool, fac acte de insultă, lovire, sau chiar crime cu motivație în gelozie patologică după următoarele raționalizări: „dacă soția pleacă de acasă, înseamnă că se duce la o întîlnire; dacă soția întîrzie să vină acasă, înseamnă că faptul nu se mai poate nega; dacă soția vine mai devreme acasă înseamnă că o mustră conștiința, iar dacă vine la timp, o face ca să evite orice bănuială". În acest mod, raționalizările bolnavului duc inevitabil la loviri cu caracter punitiv sau pentru recunoașterea infidelității. Toate aceste manifestări au fost cuprinse în definiția dată de O.M.S. alcoolismului cronic, ca fiind situația „unui băutor ce consumă sistematic alcool devenind dependent față de acesta și care face tulburări psihofizice, ale relațiilor interpersonale și sociale, cu pierderea libertății de a se abține de la consumul de alcool".

Starea de *delirium tremens* apare cu confuzie mintală, delir oniric, agitație dezordonată, angoasă și perplexitate față de faptul imputabil. *Delirium tremens*-ul se caracterizează prin confuzie mintală (anularea intelectului și incoordonarea senzațiilor percepute), halucinații vizuale terifiante și amenințătoare și anxietate ca răspuns la această dramă halucinatorie (cu atitudini delirante acute de amenințare, fugă, agresivitate). Criza este deseori declanșată de sevrajul de alcool.

Psihoza Korsakov apare mai frecvent la femei pe fond de polinevrită, cu amnezia faptelor vechi și recente, confuzie mintală cu confabulație euforică, false recunoașteri, dezorientare în timp și spațiu.

În afara acestor stări, fondul mintal permanent al alcoolicului este dominat de scăderea intelectului (diminuarea memoriei și judecății) și de tulburări de caracter (depresie, agresivitate nemotivată și gelozie morbidă), iar prin apsihognozia etilicului cronic se înțelege scăderea vigilenței și a capacității bolnavului de a judeca în raport cu alții și cu sine, într-un context de obnubilare mintală care poate duce la acte bizare de comportament și infracțiuni străine personalității subiectului.

Psihoza alcoolică se asociază cu halucinații, înstrăinare de propriul psihic, onirisme și agresivitate marcată, alături de amnezia posibilă a faptelor comise. De obicei, confuzia mintală apare după sevraj și se asociază, cum s-a spus, cu delir de gelozie (etilicul iartă ușor dar nu se consolează niciodată, spunea Dostoievski), tulburări ale conștiinței elementare (de orientare), ale conștiinței logice (de reflectare a realității) ca și ale celei axiologice (de subiectivare a valorilor). Frecvent acești bolnavi fac false recunoașteri iar mărturia lor devine incompetentă mintal.

Beția patologică constituie un episod tranzitor la un subiect de regulă neobișnuit cu alcoolul, cînd obnubilarea totală a conștiinței transformă subiectul într-un robot ce execută acte automatice, aparent coerente. Ea apare ca un bufeu confuzivo-oniric cu criză excito-motorie ce se termină prin somn. Caracterul de beție patologică decurge deci din întrunirea următoarelor elemente: ingestia unei cantități mici de alcool la un subiect cu tare organice ce facilitează resorbția sa rapidă și întîrzie metabolizarea sa (rezecții gastrice, insuficiențe hepatice etc.) la care, deseori, coexistă semne de atrofie corticală, cu comiterea unor fapte nemotivate sau bizar motivate, rupte de personalitatea subiectului și față de care, dacă subiectul este descoperit în momentul actului, manifestă o „buimăceală" frapantă, iar dacă este descoperit după comiterea actului, manifestă o amnezie totală pentru faptul săvîrșit. În fața faptului prezentat, subiectul poate face stări de depresie sau de agitație acută și încearcă să umple imaginar golurile sale de memorie pentru a-și motiva faptul comis, ori aderă la sugestiile ce i se fac și care pot deruta o cercetare. În stare de beție patologică se pot comite acte de furt la vedere, vătămări nediscriminatorii, violențe sexuale bizare, acte de exhibiționism etc. Constatarea acestor tulburări, precum și a amneziei retrograde ce invederează tulburarea de conștiință în momentul comiterii actului, duce la disculpare psihică.

Alcoolismul cronic ca și morfinomania se impun ca niște toxicofilii ce sînt realizate și de LSD, opiu etc. și dau halucinații, tulburări de conștiință (derealizări și depersonalizări), tulburări ale dispozițiilor (depresie sau euforie) cu reacții de panică și raptus violent în fața unor atare crize. Ele produc de asemenea stări de confuzie acută și efecte parano cînd totul în jur devine ostil.

Psihozele afective. Participarea afectivă la acte psihorelaționale se face prin interese, dispoziții, emoții, sentimente și pasiuni. În stări patologice, dacă hipotimia duce la suicid, hipertimia duce la agresivitate, omului fiindu-i caracteristică echitimia ca stare a unui comportament bazal.

Mania se caracterizează printr-o stare de agitație psihomotorie cu fugă de idei care, sub aspect medico-legal, facilitează trecerea la diferite acte antisociale. Datorită tulburărilor psihice caracteristice maniei, mai frecvent asistăm la comiterea unor acte banale de insultă, ultraj la pudoare, lovire etc. și mai rar la acte comise în stări și forme coleroase, grave. Prin fuga de idei specifică, subiectul nu are timp să pregătească actele sale, ca în melancolie, și trece cu ușurință de la idee la faptă. Datorită „fericirii sale zgomotoase" care se înecă într-o bună dispoziție permanentă (maniacul este un „adevărat comediant al fericirii"), bolnavul trăiește întotdeauna sentimentul reușitei fără eșecuri, își risipește dezordonat afectivitatea, pierde pudoarea și discreția, de unde lipsa gravității actelor sale în contrast cu frecvența lor. Faptul invederează realitatea că maniacii fac mai mult zgomot decît sînt periculoși, tocmai datorită fugii de idei și lipsei de pregătire a actelor. Datorită acelorași tulburări psihice, bolnavii pot recurge cu ușurință la false recunoașteri, la false mărturii, încît relatările lor devin incompetente sub aspect mintal și implicit penal. Mai mult, accesul maniacal prezintă deseori un debut medico-legal care frapează anturajul prin comportamentul bizar din timpul actului. În astfel de accese, bolnavii au furat vehicule pentru a veni la spital, au furat obiecte străine pe care le-au transportat cu lumină și cîntînd pe stradă, au

adus pagube prin degradările făcute, au făcut excrocherii, port ilegal de decorații, atentate la pudoare, substituiri de persoane etc. Dezordinea în idei duce deci la dezordine comportamentală, bolnavii făcînd chiar false pasiuni, în raport de forma maniei: furioasă, delirantă (cu megalomanie, gelozie etc.) sau reactivă.

Hipomania constituie o „euforie patologică" ca o trăsătură de personalitate care, spre deosebire de manie, nu disculpă subiectul. Afectivitatea are, în general, un aspect triontic, de oscilație între bucurie, tristețe și neliniște (Pamfil). În cazul hipomaniei, această activitate devine incoercibilă și domină viața subiectului în care nu mai încape neliniștea sau tristețea. În astfel de stări, subiectul poate face, de asemenea, acte de ultraj, furt etc. La acestea se referea chiar Eminescu cînd spunea că „bolnavii euforici fac mai multe nerozii decît cei triști, ale căror acte sînt mult mai grave". Hipomania este prin urmare un fel de manie a bunei dispoziții, caracterizată prin hiperactivitate, euforie, vindicațiuni și mitomanie.

Melancolia, celălalt pol al psihozelor afective se caracterizează prin trăirea de către bolnav a unei dureri morale profunde, a unor idei de culpabilitate și vinovăție, a unor idei de prejudiciu care îi pun viața în pericol. Bolnavul trăiește o frică de viitorul său, care apare golit de speranțe, trăiește sentimentul unei nenorociri iminente, încît psihoza melancolică devine un fel de trăire permanentă în disperare morală, o așteptare anxioasă permanentă a ceva tragic, care sfîrșește aproape totdeauna în acte autolitice de suicid. Actul de sinucidere, expresie paradoxală a unei „euforii a morții", devine irezistibil, încît mijloacele sale de realizare nu mai contează. Raptusul suicidar apare ca un act nepremeditat, impulsiv, încît nu se va acorda niciodată credit așa-zisei „stări de bine melancolic" iar negarea reiterată a tulburărilor psihice va fi totdeauna suspectă pentru medic. Frecvent, bolnavul disimulează trăirile sale în scopul de a realiza actul fatal. Alteori el proiectează trăirile sale patologice asupra anturajului, asupra celor apropiați pe care îi consideră părtași la suferința și tragedia sa și atunci, în scopul de a-i scuti de atare suferințe, recurge la suprimarea vieții lor (omorul altruist), după care expiația prin suicid devine singura ieșire a bolnavului. De aceea, melancolia constituie psihoza suicidară prin excelență, actul realizîndu-se totdeauna prin mijloace grave, care nu lasă șansa eșecului și din care se deduce convingerea delirantă a morții (ex. suicidul prin înec sau spînzurare cu legarea de greutăți de picioare, la zeci de km de casă etc.). Melancolicii recurg la astfel de acte mai ales dimineața (sinuciderile de dimineață ale melancolicilor), sau după tratamente cu psiholeptice cînd, datorită recăpătării luciditățiii conștiinței, bolnavul trăiește sentimente de panică în fața degradării psihicului său și cînd anxietatea *sine materia* este maximă dimineața. Melancolicii pot comite acte de autodenunțare patologică, autoacuzații false, imaginare, în scopul de a fi pedepsiți. Stendhal spunea că melancolia este un fel de noapte a sufletului și de aceea bolnavii fac acte grave fără emotivitate (semn de act patologic), mai ales în melancolia delirantă cu delir monoton, simplu, pasiv, trăit fatalist și extensiv spre cei apropiați. În toate cele trei forme de melancolie, cu stupor (inhibiție), delir (cu idei de culpabilitate și ruină patologică) sau agitație (cu crize acute de disperare), sînt posibile actele medico-legale.

O formă aparte de melancolie este cea cu debut puerperal, în care pruncuciderea urmată de suicid constituie un risc major. Alteori, omorul altruist ramificat cuprinde și alte persoane din mediul de existență apropiat.

Melancolia reactivă este determinată de impacte psihologice și foarte frecvent de implicații judiciare. Datorită fricii de sancțiune, trăirii unor senti-

mente de culpă, bolnavul ajunge la idei patologice de devalorizare morală care pot avea același sfîrșit tragic. Amintirea greșelii, sentimentul de culpă se impune ca cel mai vechi sentiment al umanității, spunea Bergson, de aici gravitatea consecințelor trăirii lor patologice.

Depresia psihică este o suferință morală datorată, cel mai frecvent, unui conflict sau eșec existențial și asociată cu incapacitatea de a depăși „alias-ul existenței". Deși eșecul depășit prin resurse psihice („tristețea este creativă, bucuria sterilă") constituie o condiție a umanizării deoarece, frecvent, succesul și eșecul sînt antitetice, sînt doi poli ai aceluiași fenomen (exemplu, dragostea și ura ca expresie a afectivității), la anumite personalități, prin „dezgustul de sine" și prin sentimentele de culpă, eșecul devine un adevărat sindrom al cărui simptom principal este depresia și al cărui risc major este suicidul. Depresia are la origine sentimentele de culpă care, în mod normal, prin regret, remușcare și corijare au un rol pozitiv în formarea personalității, ajutînd la interiorizarea consecințelor faptelor proprii și la întărirea sentimentelor pozitive ale eului, elemente de conștiință ce asigură progresul propriu. Caragiale spunea despre Eminescu că „era vesel și trist, blînd și aspru, mulțumit cu nimica și nemulțumit cu toate, abstinent ca un pustnic sau lacom și iritat ca o fată nervoasă. Ciudat amestec, fericit pentru artist, nefericit pentru om". În depresie, trăirea sentimentelor de culpă este exagerată, așa cum se întîmplă și în alcoolismul cronic, care deseori maschează o depresie subjacentă. De fapt, depresia este numitorul comun al diferitor boli sau stări psihiatrice de limită și ea reține atenția medicului legist tocmai prin riscul crescut de trecere la actul suicidar.

Suicidul constituie un „lapsus existențial", un fel de „gaură în eu", generat, cel mai frecvent, de o depresie ca expresie a unui impas existențial, cu alte cuvinte, o expresie a unei situații de viață considerată de subiect fără ieșire. O.M.S. consideră frica, nesiguranța, solitudinea, izolarea etc. drept cauze ale depresiei. Sinuciderea este considerată un act patologic, întrucît dorința de a trăi este înscrisă în viață iar dificultatea realizării sale este, de asemenea, specific umană (orice dialog cu moartea începe pe plan irațional spunea Malraux, iar Papini spunea că adevărata putere a omului este să trăiască atunci cînd toate temeiurile sînt distruse). De aceea, sinuciderea este considerată o sociopatie, o reacție de comportament aberant, o reacție de fugă în fața dificultăților, o reacție de șantaj, probă ordalică de nevinovăție, act de imitație sau heteroagresivitate transformată în autoagresivitate (cine se omoară poate și omori), dar totdeauna un act patologic, deoarece este apanajul unor boli psihice sau al unor personalități fragile, la care gestul suicidar este precipitat și pretextat de o situație conflictuală de viață, încît, de regulă, chiar și în cazurile fără simptome prealabile, disecția psihologică a actului de suicid relevă un pretext situațional la o personalitate fragilă ca stînd totdeauna la originea sa. Tulburarea de conștiință favorizată de această situație precipită actul autolitic, ceea ce face ca suicidul să fie cu atît mai patologic cu cît disproporția dintre gest și motivația sa este mai frapantă. Cu cît motivul este mai banal, cu atît personalitatea este mai fragilă. Suicidul se prezintă astfel ca o decompensare afectivă datorită solitudinii și depresiei, iar tentativa de suicid se adresează de fapt altuia, cu care subiectul dorește o comunicare. Eșecuri sau factori de circumstanță favorizează trecerea la act în situații dificile de inserare în existență. De aceea, sinuciderea este considerată ca o absență a altuia, ca o modalitate de adresare către altul, ca o dificultate relațională, cu mare importanță în atitudinea terapeutică și profilactică (fig. 310, 311).

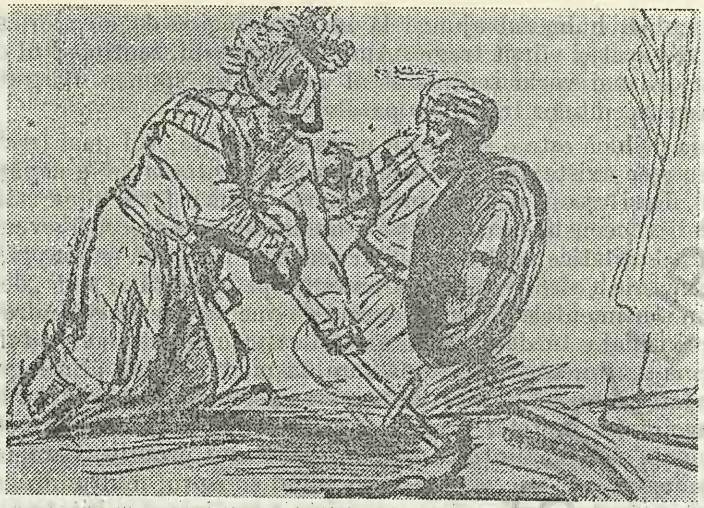


Fig. 310. Suicid în schițele lui Rembrandt.

Sindromul presuicidar al lui Ringel include o îngustare situațională, o îngustare a estimării și evaluării, a cîmpului conștiinței cu consum prealabil de alcool sau medicamente.

Există mai multe feluri de suicid, printre care suicidul psihotic (cu disimulare și premeditare patologică), depresiv (precipitat de factori circumstanțiali, cînd, cu cît motivul este mai circumstanțial, cu atît personalitatea este mai fragilă), halucinator (impus de halucinații diverse) (fig. 312, 313), confuziv — oniric (ca în etilismul psihotic), impulsiv (ca o afirmare ostentativ-psihopatică), pasional (ca în stările afective patologice ce pot obnubila conștiința), automatic (ca în echivalențele epileptice), sau de șantaj (ca în psihopatia histero-impulsivă, unde subiectul lasă totdeauna șansa eșecului).

Fig. 311. Filicid în schițele lui Rembrandt.

Mijloacele de suicid sînt extrem de variate și efectele lor trădează frecvent caracterul patologic sau de șantaj al gestului. Bărbații, de regulă, utilizează mijloace mecanice, pentru acte motivate mai frecvent de conflicte existențiale, iar femeile utilizează mijloace toxice pentru acte motivate mai frecvent de conflicte afective. Evocator pentru caracterul patologic al actului este, de asemenea, disproporția dintre rațiunea (justificarea) și executarea gestului. Unele acte de suicid pot fi reactive, la frica de sancțiune, ca la un subiect care la început dormea îmbrăcat, apoi încălțat, apoi în șezut și, în sfîrșit, sub pat, înainte de a se spînzura. Faptul

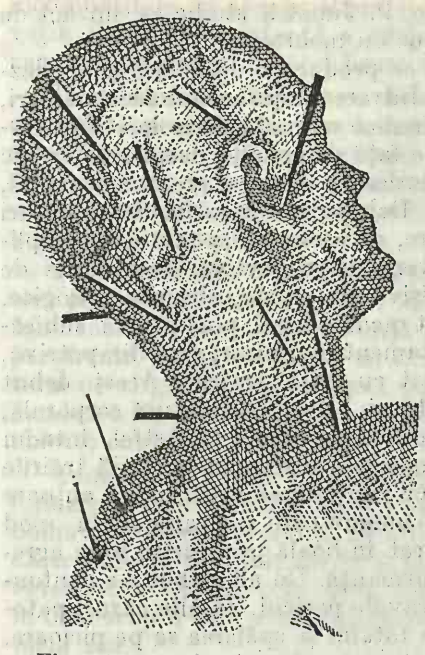


Fig. 312. Apărare de halucinații.

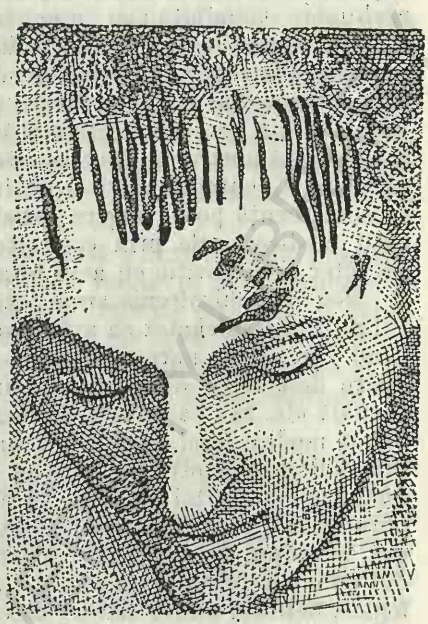


Fig. 313. Suicid delirant.

arată evoluția și agravarea simptomelor reactive care nu trebuie să scape solicitudinii medicului.

Sinuciderea implică o serie de factori de risc etalați într-o scară a riscului de suicid elaborată de Cook: risc absolut la psihotici, suicid relativ periculos la impulsivi, depresivi și hipersensibili, risc relativ nepericulos la unii psihopați și risc absolut nepericulos în stările histeriforme. De asemenea, unele acte de automutilare, consum abuziv de droguri, insistența de schimbare a sexului, suicid heteroagresiv (prin intermediul altuia), conduite de risc etc. sînt considerate de unii autori drept „echivalențe suicidare".

Cunoașterea motivației patologice și a formelor clinice de suicid are, în primul rînd, o valoare profilactică. Sub acest aspect, suicidul este considerat totdeauna ca o tentativă ce ajunge uneori la moarte „prin anularea curajului de a trăi". De aceea, ca strigăt de ajutor, ca apel către ceilalți care trebuie să fie disponibili afectiv la un dialog existențial, tentativa de suicid beneficiază în cel mai înalt grad de ajutorul medicului prin sprijinul dat bolnavului pentru a trece cu bine criza sa de conștiință. Atunci cînd sinuciderea este expresia blocării unei heteroagresivități (legea Maury), de asemenea ca expresie a unei agresiuni față de anturaj, această criză se va trece cu ușurință dacă bolnavul găsește pe cineva disponibil în jurul său la un dialog afectiv. De aceea P. Valéry spunea că suicidul este absența altora, încît nici o sinucidere nu e pasională ci se împarte cu alții.

Sinuciderea la copil este cu atît mai mult considerată un act patologic cu cît copilul prezintă o tanatofobie marcată și firească (voința de a trăi e sacră, spunea Malraux) precum și lipsa conștiinței ireversibilității gestului. Actele de suicid la copil sînt motivate, de asemenea, de stări depresive, conflictuale, depresie după eșecuri, carențe afective, abuzuri de autoritate sau sancțiune etc. Triada carență afectivă, fugă de realitate și exagerarea agresivi-

tăţii ar fi caracteristică sinuciderii infantile. P. Janet îl studia ca un act de răzbunare camuflată sau ca act ludic (de joc cu moartea).

Schizofrenia este o boală psihică gravă ce produce o disociaţie şi o dezagregare a întregii vieţi psihice a subiectului. Intrarea în psihoză se face, deseori, prin intermediul unei constituţii preschizofrenice marcată de izolare, hiperestezie morală, răceală afectivă şi îndepărtare faţă de ceilalţi, dezinteres cronic şi aparenţă abstractă, lene constantă şi pierdere a elanului creator de viaţă, pierdere a contactului vital cu lumea etc. Debutul unor astfel de tulburări la adolescenţă poate sugera hebefrenia, care, de asemenea, poate avea implicaţii medico-legale prin conduitele de reverie neproductivă, tulburările de caracter şi dispoziţie cu acte bruşte, impulsive, automate, absurde şi ilogice.

Deseori, schizofrenia are o fază de debut medico-legal, pînă atunci subiectul putînd fi etichetat ca avînd un comportament mai bizar, sau, dimpotrivă, fiind considerat normal dacă şi-a disimulat cu grijă trăirile. Acest debut apare deseori ca o impulsiune nejustificată şi bizară, de natură corporală, sexuală etc. sau ca un act de negativism, dificil de explicat. Astfel, într-un debut medico-legal de schizofrenie, un bolnav şi-a disimulat cu grijă trăirile sale delirante de otrăvire care au culminat cu suprimarea vieţii soţiei, autoare imaginară a acestei otrăviri. În alt caz, un bolnav care şi-a arogat în mod paradoxal o performanţă profesională a intrat în boală prin furtul unui agregat, în scopul de a-şi confirma această performanţă. Un alt debut s-a confundat cu o encefalită şi s-a soldat cu un act grav de paricid. În alte cazuri patologice, debutul a fost marcat de exhumarea tatălui şi spălarea sa pe picioare, dormitul cu mama omorîtă 10 zile în pat, trecerea frontierei pentru că şi-a uitat valiza în urmă cu 20 de ani pe teritoriul străin, necrofilie cu exhumarea cadavrelor, solicitarea schimbării sexului, refuz perseverent de viaţă sexuală după contractarea căsătoriei etc.

Pe parcursul bolii, faptele antisociale comise de bolnavii schizofrenici au amprenta unor fapte impenetrabile, reci, nemotivate şi crude. Este caracteristică ostilitatea permanentă a bolnavului de schizofrenie, care poate reacţiona agresiv la cea mai mică incitaţie sau care poate face un raptus ce întrerupe brusc o stare catatonică. Alteori, prin tulburările de percepţie, fapte banale capătă o importanţă majoră iar pierderea contactului cu realitatea rămîne semnul principal de suferinţă. Conduitele paradoxale şi trecerile la act sînt deseori brutale, nepremeditate şi faţă de cei apropiaţi. Delirul devine deseori o reacţie de apărare, o formă de luptă contra angoasei şi tulburărilor de percepţie, şi pe care bolnavul îl disimulează deseori în scopul de a se convinge şi a trece la acţiune. Schizofrenul este un aversiv prin excelenţă, consecutiv retragerii din viaţă prin nelinişte şi anxietate. Totdeauna însă, violenţa actelor contrastează cu răceala şi lipsa lor de motivare sau cu motivarea lor delirantă (delir de otrăvire, de influenţă, de gelozie etc.). După comiterea actului de violenţă extremă, bolnavul este găsit apragmatic şi satisfăcut lîngă obiectul agresiunii sale. El dă răspunsuri satisfăcute, şi anume, de a fi scăpat de un duşman, de un persecutor etc. Caracteristic actelor schizofrenice este faptul că bolnavul îşi selectează victimele din mediul apropiat şi, prin aceasta, cu atît mai mult frapează lipsa sa de remuşcare pentru actul comis. De exemplu, după ce comite un act grav, fără emoţie, de paricid sau matricid, el este găsit de anchetă mîngîindu-şi cîinele şi justificîndu-se: „moartea lor era necesară pentru hrană, dar a cîinelui este o tragedie. Sînt părinţii mei, dar nu sînt ai mei. Dacă spun că sînt ai mei, este că aşa m-am obişnuit să fac un efort intelectual. Nu mă interesează ce faceţi cu ei".

În sindroamele discordante bolnavul manifestă stări de aprobare şi dezaprobare, de interes şi dezinteres, nelinişte şi indiferenţă, trăieşte tendinţe

incompatibile cu apragmatism și stări distimice de debut ce necesită observația și urmărirea atentă a evoluției. Actele medico-legale pot și aici avea caracter de debut, deseori brusc și discordant (nemotivat, absurd).

În schizofrenia remisă cu defect, apare un conflict între personalitatea degradată și cea restantă a bolnavului, știut fiind că schizofrenia „se cicatrizează" în forme de comportament asocial. Personalitatea restantă a schizofrenicului are însă alura psihiatrică cu lipsă de toleranță la angoase, retur către gîndirea imaginativ-primitivă, dezvoltarea de fantasme agresive, viață afectivă haotică etc.

Parafrenia este o psihoză delirantă caracterizată printr-un delir imaginativ, polimorf și stări afective, în virtutea cărora bolnavul poate recurge la false acuzații, la acte de violență pentru a-și face dreptate etc. Într-un debut parafrenic, o tînără solicită un examen pentru viol, iar la eliberarea certificatului de virginitate își etalează delirul imaginativ, susținînd deflorarea și fecundarea de la distanță, motiv pentru care, pentru a se apăra, dormea cu obiecte contondente sub cap.

Tematici delirante în parafrenie sînt delirul de filiație, delirul erotoman („iluzia delirantă de a fi iubit") care evoluează în trei faze: într-o primă fază, bolnavul nutrește speranța de a fi iubit, în a doua fază speranța face loc ideii că trebuie să fie iubit iar în a treia fază, ideea nesatisfăcută duce la ură și agresivitate. Astfel, o bolnavă consideră că o anumită persoană este soțul ei, în care scop îi fură actele de stare civilă și copiii, pentru a-i înregistra pe numele său.

Stările delirante se prezintă ca adevărate acte de gîndire golite de realitate și care, prin intermediul unor idei prevalente, se constituie la personalitățile cu trăsături de ostilitate, orgoliu și susceptibilitate, la subiecții prea convinși de sine și neîncrezători, predispuși spre falsitate în judecăți (de aici și numele de ideopatii). Nietscke relata judecata acestor personalități: „am făcut lucrul acesta, spune memoria mea. Nu am fost eu în stare să fi făcut una ca asta, spune orgoliul meu. În cele din urmă cedează memoria". Stările delirante se vor întîlni prin urmare la personalitățile predispuse și caracterizate prin hipertrofia eului, psihorigiditate și falsitate în judecăți. Delirul se va caracteriza prin idei ce nu corespund realității, ce pun stăpînire pe individ, nu-s influențate de critică și se desfășoară cu conștiința clară (cînd omul „nu poate transforma un lucru, manipulează reprezentarea sa"). Delirul sistematizat bazat pe mecanisme interpretative și fără halucinații caracterizează paranoia, iar delirul nesistematizat și asociat cu halucinații, sindromul paranoid. Este tipică constituirea acestui delir în paranoia cu delir de tip persecutat — persecutor, în care, la început, bolnavul neîncrezător și susceptibil, generează stări conflictuale, își adună probe, devine procesiv, revendicativ (cverulent), considerîndu-se persecutat de o persoană sau de un grup. Neputînd fi convins de lipsa de veracitate a acuzelor sale, într-o a doua fază bolnavul încearcă să-și facă singur dreptate și din persecutat devine persecutor. Reacțiile antisociale, cu alte cuvinte, depind de atașamentul afectiv la delir. În final, cînd individualizează persecutorul său, delirul capătă încărcătura maximă de malignitate. Cu timpul, este posibil ca bolnavul să devină un fel de campion al unei idei abstracte de justiție, cînd delirul, pierzînd în afectivitate și pasiune, cîștigă în ficțiune și devine mai puțin nociv. Acest mod de sistematizare a unui delir, pînă la cronicizarea sa, este caracteristic și altor stări delirante de prejudiciu, posesiune, gelozie etc. De exemplu, delirul de gelozie nu apare la o situație obiectivă de infidelitate, este permanent, disproporționat și periculos. Astfel, „dacă femeia e veselă înseamnă că are o întîlnire, dacă e tristă

este îndrăgostită, dacă e obosită, este epuizată de adulter, dacă pleacă se duce la amant, dacă rămîne acasă și-a dat întîlnire, dacă se îngrijește vrea să-i placă, dacă se neglijează vrea să-și dezguste soțul, dacă e rebelă tandreței, e obosită de amant etc.".

Stările delirante antrenează inducții delirante mai ales atunci cînd persoanele duc un trai comun, exclus influențelor sociale și cînd inductorul are o anumită superioritate mintală asupra celor induși. În acest caz, ideile patologice se transmit prin repetare frecventă și prind pe un mediu subcultural, lipsit de capacitatea aprecierii critice (delir în doi, în cinci etc.). Inocularea de credințe străine este un fenomen afectiv, nu rațional, ca și în situații grave „cînd spiritul se acroșează de orice". Totdeauna ele se grefează pe sentimente de culpabilitate, nemulțumire, abandon și poate fi cu influență într-un singur sens sau partajat.

La femei, la menopauză, pot apărea stări de cverulență cu erotism și adulter întîrziat, ce pot lua forme de delir de gelozie sau erotoman (mai frecvent însă forme de melancolie endogenă și hipomanie).

Psihopatia. Ca dizarmonie de personalitate, psihopatia obligă în prealabil la a face cîteva considerații asupra personalității umane. Personalitatea umană exprimă o incorporare armonioasă a normelor sociale și morale precum și a alterității în individualitatea unei persoane. Specific omului este individualitatea sa, asigurată prin evaluarea morală a personalității sale. Personalitatea are totdeauna o matrice socio-culturală care constituie factorul său de organizare, și anume imaginea despre sine și stilul de viață. Unei personalități i se recunosc trăsături de bază (comune cu ale grupului), pe care se altoiesc trăsăturile proprii de personalitate. Kardiner spunea că omul seamănă cu grupul, seamănă cu toți și nu seamănă cu nimeni. În acest mod, se recunoaște faptul că omul, personalitatea, este creată de societate prin subiectivarea ontologică a condiției sale sociale și că, în același timp, omul creează societatea, obiectivîndu-se sociologic în relații sociale. Se recunosc personalității multiple trăsături (de ordinul sutelor sau chiar miilor), grupate însă în jurul unor factori polari principali cum ar fi aspirația și supunerea (Catell), extroversiunea și introversiunea (Eysenck), responsabilitatea și iresponsabilitatea (Vernon) etc. Într-un concept praxiologic, personalitatea omului se definește prin actele sale, prin comportamentul său, deoarece „natura specifică a omului este istoria și devenirea sa". Se recunosc, de asemenea, personalității funcții „anabolice" care trebuie să predomine asupra celor „catabolice". Astfel, confruntarea omului cu realitatea, autoaprecierea și integrarea sa în normativitate, capacitatea de a gîndi abstract și autonomia funcțională a motivelor sale precum și toleranța la frustrații, vor predomina asupra celor de tipul gîndirii predominant concrete și evadării în fantezie, rigidității discernămîntului în scopul autoapărării, fixării juvenile și impulsivității etc.

Din conceptul social al devenirii personalității umane decurg și criteriile sociale de definire a psihopatiei sau sociopatiei, caracterizată, prin excelență, printr-o inadaptare la normele sociale. Ca stare de „border-line"(marginală), la limită cu normalitatea, dizarmonia personalității de tip psihopatic, definită prin criterii sociale, ne sugerează că inadaptarea este o maladie morală și socială a personalității, o stare vecină cu alienarea, definită de Marx fie ca unilateralizare prin conformism (ce exclude opțiunile și spiritul critic), fie ca o depersonalizare a subiectului. Sub acest aspect, psihopatul se prezintă cu trăiri avalorice, ducîndu-și existența „într-un vid axiologic", înconjurat de false opțiuni și de lipsa oricăror satisfacții din sentimentele umane de gegenerozitate și altruism. Perturbîndu-și anticipările, el este incapabil de a contribui la realizarea valorilor grupului și, mai mult, de a profita din expe-

rienţa proprie. Periculos mai mult prin insensibilitatea afectivă decît prin impulsivitate, psihopatul păstrează însă inteligenţa adaptării la situaţiile noi de viaţă, a reglării comportamentului în sens social şi moral, dar pe care nu le utilizează în acest scop. Căci psihopatul cunoaşte legile dar nu le recunoaşte, deturnînd astfel scopurile inteligenţei sale, de a fi întîi o funcţie de discriminare şi apoi de adaptare. Psihopatul concepe viaţa ca pe un *carpe diem*, fără idealuri şi aspiraţii iar inadaptarea şi coliziunea socială prin agresivitate fizică, verbală (ironie, insultă) sau alte devianţe substitutive (simulare, drogare, suicid) constituie numitorul comun al modului său constant de viaţă. El demisionează uşor de la funcţiile familiale şi sociale, datorită lipsei remuşcărilor, sentimentelor etice şi de culpă. Lipsindu-i atare sentimente, el nu va reuşi să absoarbă valorile morale, încît personalitatea sa va deveni o adevărată axiopatie, marcată de hedonism şi lipsă de organizare a eului la solicitările ambianţei. Ca un eşec al modelării umane, psihopatia este o adevărată sociopatie, o personalitate lipsită de norme morale (ce constituie o formă de sensibilitate şi altruism), o personalitate lipsită de sensibilitate. În structura dizarmonică a personalităţii psihopatice intră deci inafectivitatea ce duce subiectul la heteroagresiune (hiperafectivitatea duce, mai frecvent, la autoagresiune), incapacitatea amînării plăcerilor ca şi a realizării binelui moral. Psihopatul nu simte nevoia de a face bine, neavînd disponibilităţi afective sau conflicte interioare. Ca deficit de autenticitate umană, psihopatului îi lipseşte esenţa personalităţii, şi anume, axul său moral care este dăruirea. În acest mod, psihopatul se prezintă ca o lipsă a sintezei dintre logic şi axiologic în personalitate, ca o tulburare a vieţii de relaţie, a responsabilităţii şi libertăţii umane (H. Ey). Ca deficit al adaptării morale, personalitatea psihopatică va prezenta trăsături primare de inafectivitate şi insensibilitate şi trăsături secundare ce derivă din primele ca egocentrismul, lipsa de remuşcări, absenţa motivaţiilor pe termen lung etc. Prin ostilitate, recalcitranţă şi lipsa echilibrului dintre sentimentele de culpă şi cele de competiţie, personalitatea psihopatică se suprapune personalităţii delincvente, ce caută crearea unei lumi după un model propriu imaginat, deseori datorită sentimentelor de inferioritate şi nonvaloare structurate în personalitate. Pentru psihopat, tulburarea de comportament devine o destindere, de aceea acceptă cu uşurinţă comportamentul pulsional, biologic, lipsit de valorizările specific umane. La psihopat, impulsivitatea şi agresivitatea nu sînt atît reactive cît constituţionale, încît, ca tulburare morală, psihopatul „nu reuşeşte să rămînă liber", afirmîndu-şi strident identitatea prin comportament deviant şi tatuaje, motiv pentru care acestea devin o adevărată sociopatie. Tatuajele constituie o „probă" concomitentă de independenţă şi exteriorizare ostilă.

Psihopatia comportă cel mai accentuat grad de nocivitate socială ce poate merge, datorită absenţei sentimentelor moral-sociale şi structurării anomice a personalităţii, pînă la adevărata personalitate delincventă ce caracterizează infractorul din obicei. Ca deficit de engramare a valorilor moral-sociale în personalitate, psihopatul trăieşte un conflict permanent între valori şi mijloacele lor de realizare, avînd funcţiile de cunoaştere păstrate ca şi luciditatea actelor sale, dar neputîndu-se stăpîni de la comiterea acestor acte. Ca patologie a conştiinţei moral-sociale, psihopatia s-a denumit şi nebunie morală sau sociopatie.

Trăsăturile personalităţii psihopatice se referă la:

— impulsivitatea şi instinctivitatea actelor motorii ca expresie a unui comportament reactiv, impulsiv, automatic şi nereflectat, şi incapacitate de a integra interdicţiile normative morale în personalitate;

— absenţa sentimentelor de culpă şi a reticenţelor care stau la originea celor de responsabilitate;

— lipsa de formare a simțului de răspundere prin cunoașterea dar nerecunoașterea normelor moral-sociale;

— indiferența afectivă și insensibilitatea ca expresie a lipsei empatiei prin care omul se poate plasa în trăirile sufletești ale altei persoane;

— egofilia și plăcerea narcisică rezultată din satisfacția proprie și imediată, în detrimentul oricui;

— lipsa remușcărilor și a capacității de a învăța din experiență proprie, ca o adevărată scotomizare a anticipărilor comportamentale;

— lipsa de toleranță la frustrații, cu reacții prompte și nediscriminatorii;

— malignitatea premeditării ca o consecință a lipsei sentimentelor etico-sociale și incapacității de a se plasa pe punctul de vedere al altuia;

— lipsa de loialitate umană și a oricărui sentiment de neliniște rezultat din consecințele faptelor proprii. „În situații de eșec, este laș sau erou ca o contrazicere a celui mai fidel test de caracter ce implică acceptarea riscurilor pentru salvarea demnității proprii";

— psihoplasticitatea marcată reliefată prin autovătămări sau tatuaje ca modalități de exteriorizare stridentă a unor trăiri subiective dure și intense (fig. 314, 315; planșa IV, fig. 22, 23). La psihopați, tegumentele capătă o funcție de comunicare și de memorie cutanată pentru amintirile dure, cu tendința de a fixa pe piele trăsături ce nu pot fi integrate în eul său. Tatuajul devine astfel o manifestare dură și strident a unor trăiri pulsionale;

— tendințe parano cu neîncredere, susceptibilitate la interpretări, supraestimarea eului, falsitate în judecăți, ostilitate;

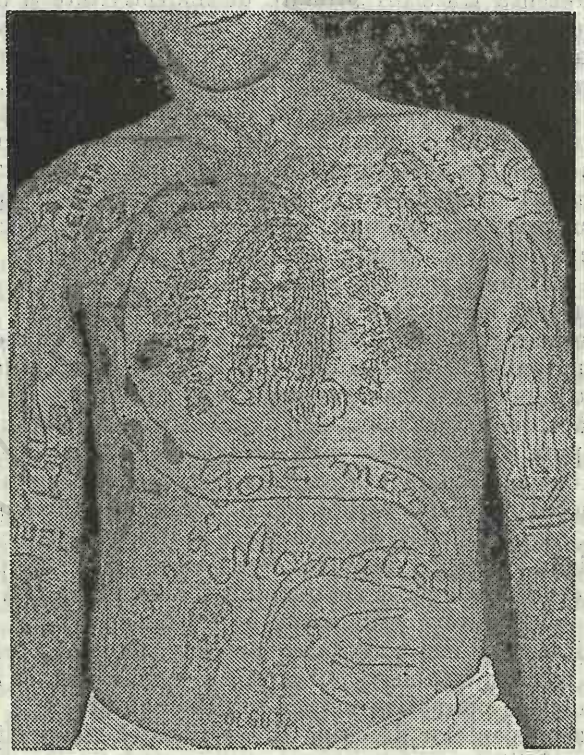


Fig. 314. Tatuaj psihopatic.

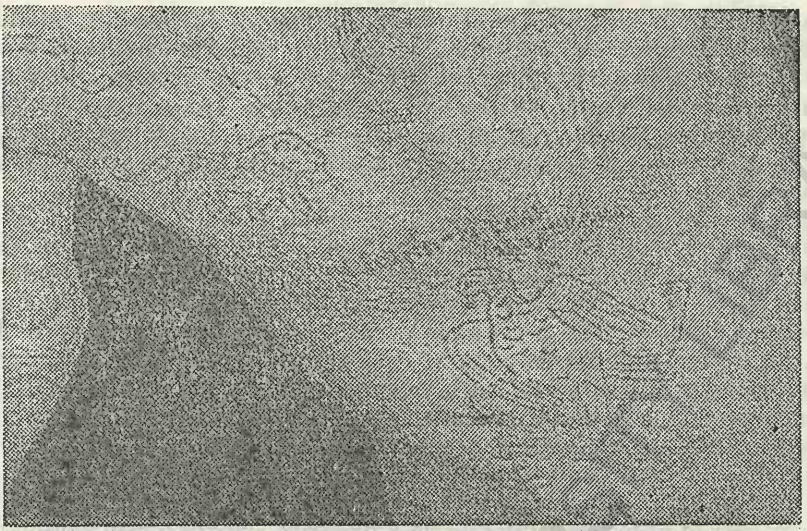


Fig. 315. Tatuaj psihopatic.

— tendințe mitomanice cu vanitate, perversiune (false denunțuri) etc.;

— recidivă (reiterare) ce arată gravitatea dezechilibrelor comportamentale;

— spontaneitatea actelor ce rezidă în nevoia de satisfacere rapidă a pulsiunilor, impulsiunea și violența devenind modalități de comunicare;

— duritate ce ascunde frecvent nevoia de afecțiune;

— deficit de engramare (interiorizare) a normelor în personalitate;

— fuga după un hedonism „pe termen scurt" care favorizează narcofilia și implicit scăderea oricărui self control;

— lipsa conflictelor interne, a oricăror neliniști rezultate din eșecurile și anomaliile sale de personalitate, fapt ce face ca, alături de psihopat, să sufere și celelalte persoane din mediul său apropiat. În acest mod, există riscul psihopatizării celor din anturaj, psihopatul făcînd totdeauna și pe alții să sufere. Astăzi se consideră că psihopatia evoluează în 3 faze: de carență afectivă din copilărie (fapt dovedit de studiile de „follow-up"), de percepere proprie a structurii psihopatice, și de proiectare a ei asupra altora;

— inadaptarea și antisocialitatea prin perversiune, nepăsare morală și reiterare, numitor comun al tuturor trăsăturilor de personalitate psihopatică, fac din psihopatie una din afecțiunile cele mai frecvent întîlnite la originea comportamentului aberant. Dacă delictul unic se datorează de regulă circumstanțelor, recidiva se datorează structurii de personalitate.

Expertiza medico-legală psihiatrică va cerceta cu grijă antecedentele bolnavului (psihopatia poate avea cauze genetice, cerebrale, educative sau de carență afectivă), modul de comitere a faptei, va stabili o formă clinică de dizarmonie a personalității (psihopatie histero-impulsivă, ciclotimă, epileptoidă, paranoiacă, schizoidă sau cverulentă) în scopul de a evita confuziile cu alte îmbolnăviri psihice patente. Prin personalitate dogmatică se înțelege o structură de personalitate închisă noului, care vede totul în negru, cu convingeri ferme deși dovezile sale sînt echivoce, cu intoleranță la ambiguități.

Personalitatea paranoidă interpretează eșecurile ca ostilitate, are tendințe interpretative exagerate, orgoliu de supraevaluare proprie rezultat din disprețul celorlalți, lipsa supleții, gîndire încăpățînată; cea distimică alternează stările de

depresie cu cele de euforie; cea schizoidă se asociază cu răceală, restrîngerea contactelor afective; cea epileptică cu explozie etc. Personalitatea histerică se va caracteriza în plus prin afectivitate săracă, capricioasă, erotizarea raporturilor sociale, dependență afectivă și frigiditate, cu fenomene de clownism (de luptă cu un eu imaginar), bovarism (idealizare de sine, imaginație utopică, fantasme și reverii la fete bătrîne „ca o marfă nevîndută ce-și pierde luciul") și transe erotice.

Fiind o stare psihiatrică la limita cu normalitatea, personalitatea dizarmonică de tip psihopatic nu anulează discernămîntul faptelor proprii, față de psihoze care anulează acest discernămînt. În psihoze, alterarea funcțiilor afective, cognitive și volitive, duc la atributul de alienație mintală ce anulează capacitatea de prevedere și evaluare a consecințelor faptelor proprii. Psihopatul, prezentînd tulburări numai în sfera afectivă, păstrează capacitatea de a cunoaște legile, pe care însă nu le recunoaște, și, ca atare, păstrează discernămîntul privind conținutul și consecințele faptelor proprii. Ca instabilitate comportamentală, psihopatia favorizează oricînd trecerea la act și recidivă. De aceea, contenția comportamentului său antisocial și incoercibil nu se poate asigura fără o concluzie certă despre păstrarea discernămîntului. Altfel, orice greșeală în aprecierea funcției de a discerne, deoarece este caracteristică păstrarea funcțiilor de cunoaștere de către psihopat în contrast cu insensibilitatea sa etico-afectivă, cu lipsa sentimentelor moral-sociale, va fi utilizată în același sens social-nociv.

Psihopatia manifestă o înclinație narcofilică accentuată, motiv pentru care alcoolofilia sau drogomania se înscriu ca trăsături negative în personalitatea dizarmonică. Consumul acestor droguri poate produce impacte antisociale, cum ar fi pana de morfină ce determină la furtul substanței sau chiar acte criminale. La drogați se pot produce accidente în timpul acceselor delirante acute, cu halucinații terifiante, persecuții delirante și stări de anxietate. Criza de sevraj, cu variații acute de dispoziție, cu stări de supradozare și colaps, face din toxicomanie un simptom de personalitate dizarmonică sau un ecran ce permite developarea unei psihoze. Plăcerea rezultată din consumul drogului se confundă deseori cu alienația și este, pe termen lung, letală. Iată o astfel de relatare în timpul panicii acute delirante de consum de droguri: „deodată X a devenit deosebit de puternic. A trebuit să-l ucid. Atunci i-am tăiat antebrațul pentru că în antebraț stătea întreaga istorie a omului". Caracterul halucinator și delirant al trăirilor furnizate de droguri poate duce la grave consecințe antisociale.

Prin *afect patologic* se înțelege o dezorganizare a comportamentului consecutiv unei trăiri afective intense. Uneori, o astfel de trăire poate obnubila conștiința și determina la acte antisociale, tot așa ca și în situația oricărui stress puternic ce poate avea efecte asemănătoare. Mai frecvent însă, un afect nestăpînit dar justificat intelectiv, se soldează cu descărcări explozive, realizînd clasica crimă pasională descrisă în literatură. Frecvent, afectul patologic coincide cu epilepsie și se asociază cu fenomene de hipersexualitate, ca în epilepsia temporală (aceste fenomene sînt similare celor din lobotomia prefrontală sau din sindromul Kluver-Bucy al traumatizaților cranieni). Cînd afectul patologic se asociază cu epilepsia, agresivitatea devine bruscă, iterativă, opacă și dură. Afectul patologic este un fel de scurtcircuit al conștiinței, cînd iubirea pătimașă poate degenera în ură dacă nu răspunde unor criterii morale (Julien din „Roșu și Negru" de Stendhal, Leiba Zibal din „O făclie de paști" de Caragiale, personajul din „Ciuleandra" de L. Rebreanu, Macbeth, Hamlet, Othelo, Raskolnicov, și alții sînt exemple de psihastenici, epileptici, schizoizi, cu crime pasionale sau deliruri de filiație, întîlniți în literatură).

Delincvența infantilo-juvenilă. În decursul formării personalității, copilul poate trăi situații de impact familiar, școlar sau social, care să ajungă în conflict cu normativitatea. Pentru o bună adaptare la mediu, este necesar ca un copil să întrunească următoarele cerințe: integritate motorie și senzorială, limbaj adecvat, inteligență și interiorizarea normelor valorice. Dacă este dovedit că mediul social are rol în dezvoltarea creierului, intelectului și implicit a comportamentului (este dovedit că subalimentația scade numărul de sinapse cerebrale, tulbură mielinizarea și scade sinteza hidroxitriptaminei sau serotoninei ce pot sta la baza unor reacții de agresivitate și nesociabilitate), cu atît mai mult mediul social își manifestă rolul major în explicarea devianței comportamentale. Faptul explică de ce, în condițiile sociale bazate pe proprietate privată, dacă populația crește cu 10%, delincvența infantilo-juvenilă crește cu 300%, față de condițiile sociale bazate pe proprietate comună, unde fenomenul este în scădere și asanare evidentă.

Comportamentul copilului se structurează în sens adaptativ sub influența unui control etic care, în mod progresiv, formează o personalitate echilibrată, consecință a certitudinilor etice, a urmăririi unui scop, a acceptării de sine ca și a acceptării altora, a relațiilor facile cu realitatea, a integrității caracteriale și adaptării intra- și interpersonale. De aceea, inadaptarea copilului devine în primul rînd un sindrom de disocialitate și devianță și în al doilea rînd un semn de antisocialitate. O serie de factori biologici pot sta la originea unor devieri comportamentale (encefalopatii sechelare, postinfecțioase sau posttraumatice, hebefrenii, sechele după meningite, epilepsii, oligofrenii etc.), dar de mare interes medical sînt factorii de microgrup care pot da cheia originii sociogene a unei devianțe. Din acest punct de vedere, familia devine „solul primar al dezvoltării naturii umane", iar copilul imaginea părinților și un criteriu de referință despre atitudinea lor. Orice factor familial care perturbă acest proces de socializare corectă poate avea consecințe dezadaptive, mai ales la pubertate sau adolescență, cînd atitudinea copilului oscilează între un pol al conflictelor interne ce se cer reziliate și un alt pol al relațiilor cu lumea externă ce se cer stabilizate. Lipsa oricăror modele parentale ca și a identității copilului cu părinții săi poate duce la depersonalizare și derealizare, ca punct de plecare al obtuziei, indiferenței, opoziției, perversiunii sau ostilității. Din acest punct de vedere, se afirmă plastic că copilul este tatăl omului, deoarece simetria funcțiilor parentale asigură dezvoltarea sa armonioasă (fig. 316).

Fig. 316. Dezvoltarea adecvată între doi poli parentali simetrici.

Relațiile interumane încep întotdeauna activ, în care sens modelul parental valorizant sau devalorizant, transmiterea de către părinți a unor valori de identificare ca și a unor imagini autentice despre dînșii, vor ajuta la structurarea personalității copilului. Căci, comportamentul copilului se realizează totdeauna prin identificare și interiorizare cu sine și cu ceilalți și din această identificare rezultă o adaptare adecvată la mediu. Astfel, eul uman se for-

mează într-o constelație triunghiulară de factori, și anume de dragoste, autoritate și securitate familiară. Părinții au rolul de a transmite valorile grupului și societății și de a ajuta astfel dezvoltarea personalității copilului. Căci comportamentul se engramează din copilărie și, ca mediere între interioritate și exterioritate, între obiectiv și subiectiv, el se va afla într-o permanentă explicație cu lumea. Orice carență afectivă ca și orice carență sau abuz de autoritate vor determina tulburări de comportament, fie prin demisia părinților de la sarcinile lor, fie prin identificarea copilului cu părinții săi patogeni. Cînd se spune că copilul este un simptom al părinților săi, faptul se referă la astfel de demisii ce împiedică identificarea copilului cu părinții.

Carența afectivă este cauza principală a unor astfel de devianțe deoarece, plecînd de la calitatea relației mamă — copil, se vor dezvolta relațiile copilului cu alții. Este o realitate faptul că copilul își simte mama senzorial și afectiv. Nenumărate experiențe arată rolul securității afective în dezvoltarea ulterioară a copilului. Frustrarea de afecțiune devine la copil o gravă agresiune morală, mai gravă decît agresiunea fizică. Experimentul lui Frederic al doilea care voia să vadă ce limbă vor vorbi copiii separați de la naștere este ilustrativ în acest sens: „a doua nebunie a lui Frederic a fost faptul că el a vrut să știe ce fel de limbaj și ce manieră de a vorbi vor avea copiii cînd vor fi mari, dacă nu ar vorbi nimănui înainte. El a ordonat doicilor să alăpteze pe copii dar să nu le vorbească în nici un fel, fiindcă el dorea să știe dacă acești copii vor vorbi ebraica, ca cea mai veche limbă, greaca, latina sau araba sau poate limba părinților din care erau născuți. Dar el căuta în van deoarece toți copii mureau, căci ei nu puteau trăi fără mîngîieri, fără fețele vesele și cuvintele de dragoste ale doicilor".

Toți copii părăsiți de părinți îi vor căuta necontenit ca în versurile poeților:

„Sînt singur în mulțimea de copii / Mi-e sete deși sînt lîngă izvor / O ce n-aș da de ziua mea să vii / Ca în iubirea ta să mă-nfășor. // O tatăl meu care m-ai părăsit / Și m-ai lăsat la margine de drum / Eu tot te mai aștept căci te-am iubit / Și te visez că ești frumos și bun" *(Radu Sălăgean)* sau:

„Mărturisit sau nu, în veșnic umblet/ Mi-e sufletul imperceptibil flaut/ Ce-ți cîntă numele cu nici un sunet/ De patruzeci și doi de ani te caut // Înduplecă-te în sfîrșit de plînsu-mi / Și vino doar odată-n drumul meu / Cu ochii-n lacrimi șiroindu-mi/ Ți-aș spune mamă, eu sînt fiul tău" *(Sandu Ștefănescu)*.

Părăsirea copilului în plină urbanizare:

„Mă aflu acum în gaura de metrou / Căutînd un loc de dormit / Cu vîntul urlînd printre blocuri / Îmi caut un rost / Undeva, și eu, într-o casă/ Dar fug prin piatra goală/ Fiindcă sînt singur"

sau detenția:

„Tu care nu ai știut să mă iubești/ Tu care nu m-ai înțeles/ Și totuși m-ai judecat/ Tu care m-ai înăsprit",

stau de asemenea la originea acestei anestezii afective ulterioare. Se știe că un copil ce simte căldura mamei are suport pentru fenomenele de cristalizare și identificare a personalității. Dimpotrivă, orice carență afectivă maternă va duce la structurarea unei personalități insensibile, fără voință sau tiranică, ori la o adevărată debilitate relațională. Căci, proiectăm asupra lumii exterioare toată viața și afectivitatea noastră din copilărie. Iubirea conjugală este de aceea climatul ideal al dezvoltării copilului iar mama, principalul educator al copilului (Pestalozzi). Copilul care simte căldura afectivă maternă este, la rîndul său, capabil să ofere dragoste. De aceea, mama devine primul Altul pentru copil căci, așa cum se spune în mod plastic, la început copilul este mama, apoi este cu mama și în final se construiește în raport de mama. Orice „înțărcare" afectivă a copilului va duce la lipsa încrederii în lume, tocmai datorită incapacității de a fi simțit și trăit dragostea maternă. În acest mod, familia devine o adevărată școală a sentimentelor, bazată pe afectivitate maternă și autoritate paternă și un început al oricărei pedagogii bazată pe afecțiune căci, în raport de ceea ce i se oferă afectiv, copilul va fi în măsură să ofere afectiv la rîndul său. Un copil ned orit,

prin carența afectivă consecutivă, va fi handicapat încă de la naștere și la rîndul său nu va dori și nu va putea să aducă bucurie afectivă. Frustrarea de dragoste prin carență afectivă duce la un gol afectiv cu insatisfacții, frustrări, sentimente de devalorizare și opoziție sau alte forme de agresivitate. Un astfel de subiect își va structura o personalitate egocentrică, indiferentă afectiv, trădată prin simptome caracteriale precoce de tipul lipsei nevoii de identificare, sugestibilității, egocentrismului, sentimentelor de devalorizare, instabilității și dorinței de satisfacție imediată, lipsei sentimentelor de culpă ce stau la baza sentimentului de responsabilitate etc. Lipsa fricii va duce la lipsa remușcărilor față de faptele proprii iar sentimentul de devalorizare va duce la ostilitate permanentă. Lipsit de sentimente de jenă și trăind conștiința plasării marginale, se vor structura trăsături caracteriale ce se găsesc frecvent la originea dizarmoniei de personalitate a adultului. Se spune că sensibilitatea lumii sălășluiește în sufletul copiilor și că tot ceea ce s-a creat măreț în evoluția civilizației și culturii umane se datorește afectivității, că iubirea este ființa care s-a născut la început. Rolul părinților în structurarea unor ființe sensibile, altruiste și generoase este deci capital, părinți ideali fiind acei care simt nevoile copilului și care le dau răspunsuri adecvate, acei care manifestă unitate de cuplu necesară echilibrului copilului, acei care sînt nepermisivi *a priori*, nu exagerat de rigizi dar care asigură continuitatea de atitudini și manifestă îndeosebi căldură afectivă. Matricea familiară devine astfel baza formării personalității copilului și orice abdicare de la acest rol parental poate transforma copiii în „orfani cu părinți", mai ales în situația carenței afective sau excesului de exigență, care duc la epuizare și cădere în fața unor obstacole inevitabile din viață.

Părinții patogeni realizează atare atitudini de demisie afectivă sau autoritate excesivă reliefate în relatări ca cele de mai jos: „Ar fi fost o fericire pentru mine să-mi fi prieten, șef, unchi, bunic. Dar, în calitate de tată, erai prea puternic... și pentru așa ceva eu eram prea plăpînd. Eram un copil fricos. Eram firește și încăpățînat, așa cum sînt toți copiii, dar nu cred că aș fi fost greu de educat. Dacă mi s-ar fi spus o vorbă blîndă, dacă m-ar fi luat cineva ușor de mînă și dacă m-ar fi privit cu bunătate, ar fi putut obține de la mine tot ce ar fi vrut. E drept că tu ești, în fond, un om bun și sensibil, dar nu orice copil are destulă rezistență și destul curaj ca să caute pînă dă de bunătatea ta. Față de un copil te porți cu violență, furie și cred că așa credeai că faci din mine un băiat voinic și curajos. M-am cuminți t, e drept, dar în mine a rămas o rană deschisă. Ani de zile m-a chinuit imaginea tatălui meu, uriașul, instanța supremă, care m-a dat afară noaptea din casă, ceea ce însemna că eu eram nimica toată în ochii lui. Ca să-mi urmez drumul, aș fi avut nevoie de încurajare, puțină simpatie și sinceritate, tu însă te-ai pus de-a curmezișul. În felul acesta mi se părea că lumea e împărțită în trei: lumea mea, sclav supus unor legi inventate anume pentru mine, fără să știu de ce. A doua, la nesfîrșită depărtare de mine, în care locuiai tu, ocupat cu împărțirea ordinelor și sancțiunilor, și lumea în care oamenii trăiau fericiți, fără a ști de ordine și supunere. A asculta poruncile tale îmi era rușine (erau valabile numai pentru mine), a mă încăpățîna la fel, iar a nu te asculta era și mai rușinos, căci nu aveam puterea ta. În felul acesta, s-au schimbat nu numai reflexiile ci și sentimentele unui copil. Cînd mă apucam de ceva ce nu-ți era pe plac și-mi prevesteai un eșec, respectul pentru părerea ta era atît de mare încît eșecul părea de neînlăturat. Așa mi-am pierdut încrederea în mine. În fața ta am pierdut încrederea în mine și în locul ei am căpătat sentimentul unei nețărmurite culpabilități. Neîncrederea în mine a dus la neîncredere față de toată lumea și s-a transformat într-o teamă față de restul lumii ... Din fotoliul tău dirijai lumea. Numai părerea ta era justă și oricare alta era nebunie, patetism, comoditate. Ai devenit misterios pentru mine ca orice tiran ce-și întemeiază drepturile pe persoana sa și nu pe raționalitate" (Kafka). Deci oricărui copil îi lipsește tatăl dacă nu îl poate admira pe al său.

Față de copii, părinții trebuie să întrunească nu numai atribute biologice ci și psihologice. Orice disociație între aceste atribute, în sensul carenței afective, duce la

structurarea unei personalități anomice, înconjurată de insensibilitate și inafectivitate. Iată ecourile acestei carențe afective la un copil: „Pentru mine, care mi-am petrecut copilăria la Casa copilului, ... fericirea înseamnă căldura familiei ce mi-a lipsit, sărutul mamei cînd aș fi plecat la școală, mîngîierea ei cînd aș fi fost tristă și bucuria noastră împreună cînd ea s-ar fi cerut împărtășită. Dar nu am cunoscut gustul dragostei de mamă îndreptat asupra mea. Deși la Casa de copii aveam asigurate condiții mai mult decît favorabile, afectivitatea mamei este necesară ca însăși viața. Cînd eram mici și ne jucam prin curte, dacă apărea o persoană străină, o înconjuram, ne agățam de brațele sale rugător și convingător: ești mămica mea? Mai tîrziu, ca școlăriță, țeseam gînduri și imagini despre felul cum ar fi putut fi mama, iar dacă intra cineva în clasă sau în cămin, eu, care nu am fost căutată niciodată de nimeni, simțeam că-mi zvîcnește în piept o nădejde nebună, care, după ce se destrăma, îmi arăta și mai dureros că sînt un copil părăsit. Mă îndrept spre o profesiune care mă va ține mereu în mijlocul copiilor. Cu ei voi împărți tot prisosul de duioșie, pe care, părinții mei, părăsindu-mă și uitînd de mine, mi l-au refuzat. Îmi voi întemeia un cămin care va suplini pe cel ce mi-a lipsit din copilărie, voi ști să veghez asupra lui pentru a-l păstra, cred în realizarea fericirii mele".

Este adevărat deci că tot ceea ce primește copilul este matern și această „savoare maternă rămîne veșnică, ca fondul unui tablou pe care nimic din ceea ce se suprapune după aceea nu va putea să-l acopere. Mama este prima dragoste absolută și totală a copilului și toate iubirile sale ulterioare vor fi un ecou al acestei iubiri. Pentru copil nu este decît un singur mod de a se comporta: cel oferit de mamă". Deci capacitatea copilului de a elabora relații interpersonale stabile și altruiste depinde de relațiile familiale, încît istoria grijii față de copil devine istoria culturii și civilizației (Henderson). Viciile noastre mari se găsesc în copilărie, spuneau Montaigne, J. J. Rousseau. În 1899, Pfaundler descrie hospitalismul iar Bowlby îi descrie 3 faze: șocul de separare cu proteste și disperare, depresia și apatia și faza de inaniție mintală cu tulburări psihosomatice, cu întîrzieri în mers, în vorbire, mutism, stereotipii similare comportamentului animalelor de cușcă. Din 91 copii ai lui Bowlby, 34 au murit precoce. Această pauperizare psihică, la vîrsta adultă, aduce agresivitate, proteste și incapacitate de afecțiune și dăruire. Cînd dragostea maternă nu intră în inimă, intră ura, spunea A. Cristie.

Pe lîngă înăsprirea psihică și afectivă adusă de carența afectivă, indiferența față de alții și față de mediu stă frecvent la originea devianței infantilo-juvenile, situații care trebuie cunoscute în scopul de a face profilaxia devianței adultului. Deoarece cauzele acestei devianțe rezidă în factori de micromediu familial, ele pot sta la originea dizarmoniei de personalitate din psihopatia adultului de mai tîrziu, deoarece, de la o tulburare de caracter subiectul poate ajunge un marginal, apoi un asocial și în final un antisocial. De aceea, delincvența juvenilă este considerată ca anticamera delincvenței adultului, deoarece începe ca o carență afectivă și sfîrșește ca o boală morală. O serie întreagă de alți factori sînt luați în considerare în structurarea acestei devianțe alături de carența afectivă, factori care fac din comportamentul copilului imaginea în oglindă a comportamentului părinților față de el. Astfel, depersonalizarea și compromisul duc la credulitate și sugestibilitate, laxitatea moravurilor duce la precocități sexuale, la lipsa afectivității ulterioare și la egocentrism, cînd copilul privat de influența normelor moral-afective nu realizează transformarea sa alterocentrică. În devianța copilului se înregistrează astfel o cauzalitate circulară în care, plecînd de la climatul familiar inadecvat, se ajunge la eșecuri școlare și de aici la nemulțumire de sine care duce apoi la indiferență față de lume și inadaptare.

Devianța copilului poate începe cu părăsiri neautorizate de domiciliu (fuga dintr-un mediu familiar ostil), ca acte la început întîmplătoare și apoi

definitive, cînd devin un adevărat vagabondaj. Plecarea de acasă și vagabondajul aduc furtul de satisfacere a unei privațiuni. La orice eșecuri, copilul poate reacționa opozițional, încît numai această stare îl poate plasa deja în pragul delincvenței. El poate reacționa opozițional activ (cînd face ceva opus) sau pasiv (cînd nu face ceea ce trebuie). Părăsit de părinți și neînțeles de anturaj, copilul va căuta compensarea golurilor sale afective prin aglutinare în grupuri și prin antisocialitate. Atare decompensări se pot întîlni și la copii adoptați, mai ales atunci cînd înfierea este motivată de o compensare a frustrațiilor, cînd sînt privați de climatul afectiv familiar și de sentimentele de securitate consecutive. Responsabilitatea copilului față de faptele sale este, de aceea, responsabilitatea mediului său de existență. După lege, pînă la 14 ani, minorii nu răspund penal datorită incapacității de a discerne conținutul și consecințele faptelor proprii. Între 14—16 ani sînt considerați iresponsabili, cu excepția faptului dacă se întrunesc elementele unei discriminări critice. Între 16—18 ani sînt considerați responsabili, cu excepția situațiilor în care se constată lipsa discernămîntului față de faptele proprii.

Față de devianța infantilo-juvenilă, atitudinea predominantă este acea medico-pedagogică de redresare și reinserție în mediul familiar și școlar, în scopul unei adaptări social-utile de viitor.

Tulburările psihice *involutive*, prin faptul că determină o evoluție inversă a psihicului de la complex la simplu, de la voluntar la automatic, de la reflexiv la instinctiv și de la altruism la egoism, sînt în măsură să producă inadaptări prin incontinență afectivă, egocentrism și lipsă de adaptare la situații noi sau chiar prin tulburări psihice patente (psihoze, confuzii mintale etc.). Izolarea și retragerea socială, susceptibilitatea și neîncrederea, slăbirea controlului eului asupra pulsiunilor sexuale, dau trăsături caracterului senil de egoism, izolare, atașare de trecut, rigiditate etc. Sentimentul scadenței morții și tulburările sexuale apar alteori pe primul plan. Nu rareori bătrînul, fiind în afara valorilor prețuite de microgrup, pierde narcisismul indispensabil menținerii vieții. La un stress emotiv, el poate face stări confuzionale și este caracteristică incapacitatea de adaptare la situații noi. Alteori, se ajunge la demență care începe cu afectivitatea și continuă cu caracterul. Spontaneitatea originală este înlocuită cu automatisme la care se adaugă tulburările de memorie, atenție, judecată, iar în final stereotipiile și conduitele primitive. Periculozitatea este îndeosebi domestică prin atentate la moravuri, furt, autovătămări etc. Cu cît îmbătrînirea se face în chip mai constructiv și mai valoric, cu atît prima inadaptare la bătrînețe va fi suspectată ca fiind expresia unei tulburări patologice de comportament (fig. 317). Se reține facilitatea stărilor reactive la aceste vîrste, ca răspunsuri afective la trăiri penibile, ca pauperizări afective

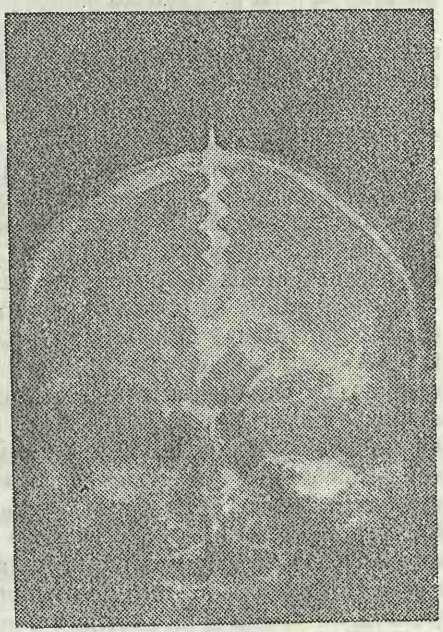


Fig. 317. Suicid involutiv cu ajutorul unui tirbușon.

după afecte puternice, mai ales atunci cînd afectivitatea este păstrată (semn important de integritate psihică, deoarece se spune că inafectivitatea este primul semn de îmbătrînire).

Prin reacții *medico-legale* se înțeleg tulburările de comportament cu răsunet antisocial care întrunesc trăsături de delincvență patologică și ajută astfel la orientarea diagnosticului. De exemplu, prin omor patologic se înțelege actul de suprimare a vieții de către un bolnav psihic și căruia i se deduce caracterul patologic din motivația sa delirantă sau halucinatorie, din caracterul brutal și feroce al violenței, din lipsa remușcărilor, și, deopotrivă, din satisfacția față de act etc. În același cadru se include și infanticidul patologic ca expresie a lipsei sentimentelor materne, solitudinii morale și psihice, ostilității față de partener, motivației patologice etc. Incendiul patologic (piromania) își găsește caracteristici similare ori de cîte ori se face la vedere, cu o motivație de frustrare patologică și contrastînd cu un scop banal, la sugestie și de către bolnavi suferind de epilepsie, oligofrenie. Fuga patologică exprimă abandonarea confuzională a unui loc, rătăcirea automatică și fără scop, expunerea la riscuri, amnezia pentru faptul comis etc. Furtul patologic are trăsături similare deduse din caracterul său la vedere, nevalorificarea sau abandonarea obiectului, motivația patologică etc. În sfîrșit, sexopatia exprimă un act de antisocialitate sexuală motivat de o îmbolnăvire psihică. Astfel, un viol, un act de homosexualitate, un incest etc. pot apărea ca simptome de boală psihică. Se mai poate întîlni, tot așa, un furt generos (pentru a capta dragostea), autopunitiv sau compensator (în lipsa afecțiunii) ori agresiv (de răzbunare). Expertiza medico-legală psihiatrică, prin desprinderea din totalitatea cazurilor analizate a acestor reacții medico-legale, este în măsură a oferi juristului argumente științifice valabile pentru etichetarea unei „delincvențe" drept patologică, fapt din care rezultă măsurile legale de protecție socială.

Expertiza medico-legală psihiatrică trebuie apoi să dea răspuns la faptul dacă o *mărturie* este sau nu competentă din punct de vedere mintal. Proba cu martori se știe că este ușor de administrat, dar dificil de interpretat. Copiii sub 10 ani nu disting reveria de realitate, recurg la minciună din apărare și sînt sugestibili. Dacă sub 7 ani copilul nu poate fi martor, peste 7 ani mărturia lor trebuie luată sub mare cauțiune deoarece, la copii, mărturia fidelă apare ca excepțională, chiar și la cei de bună credință.

La adulți, perceperea și depozitarea informațiilor are caracter selectiv (pragul senzorial condiționează sensibilitatea analizatorilor și variază de la persoană la persoană). Astfel, perceperea sunetelor depinde de intensitatea lor, distanță, ton, vîrstă, iar direcția lor depinde de modul de plasare a urechii, de distanță, mediul de propagare, caracterul sunetului ca familiar sau nu etc. Vederea depinde de intensitatea luminii, fiind cunoscute fenomenele: Bezold (în lumină intensă obiectele roșii tind să apară galbene), de acomodare la întuneric sau la zi, de distanță, de capacitatea de relatare a culorii (ex. daltonismul) etc. Dimensiunile mici, de regulă, sînt subestimate, iar cele mari supraestimate (invers la distanță), cele de culoare deschisă par mai mari etc. Viteza, de asemenea, este estimată în funcție de distanță (la distanțe mari viteza se subestimează). Cei din vehicule au tendință la supraestimarea vitezelor. Starea analizatorilor, surmenajul, drogarea, frica etc. influențează mărturia omului normal. Mărturia depinde și de capacitatea conservării informației care este selectivă (datele noi duc la fuziunea informațiilor, la adăugiri, ca în interogatoriul repetat). Tipul de memorare, voluntară, involuntară, logică, emoțională, automatică, face conservarea precisă, fragmentară, lacunară sau deformată. Se memorizează mai bine generalul decît analiticul și, dacă la normali intervin interesele, afectivitatea, vîrsta etc., la bolnavi intervin traumatismele

cranio-cerebrale, etilismul, bolile psihice etc. Reproducerea informaţiilor depinde de asemenea de personalitate, interes, afectivitate, sugestie etc. Influenţa prin sugestie va fi maximă dacă percepţia este fragmentară. Valoarea răspunsurilor depinde de întrebări (cu care fac un cuplu) iar întrebările — sugestie au rolul de a umple lacunele. Reproducerea liberă, de aceea, este cea mai fidelă, dar reproducerea se poate denatura prin omisiune, adiţie sau substituţie. Recunoaşterea vehiculelor, persoanelor etc. depinde de durata percepţiei, timp, lacune, personalitate etc. (extrovertiţii sînt mai obiectivi, introvertiţii mai subiectivi). Fiecare îmbolnăvire psihică alterează într-un mod specific capacitatea de a relata adevărul, tot aşa cum uşurinţa unei recunoaşteri sau a unei mărturisiri poate crea dubii şi rezerve şi poate sta la baza solicitării unei expertize medico-legale psihiatrice de lămurire a faptelor. În parafrenii, schizofrenii etc. sînt facile falsele acuzaţii motivate delirant, după cum în melancolie, sînt frecvente autoacuzaţiile. La fel, în oligofrenie sînt frecvente deformările adevărului datorită sugestiei, nediferenţierii adevărului de eroare, fricii etc., iar în psihopatie, malignitatea şi intenţionalitatea unei false relatări, prin mitomanie, psihoplasticitate, infidelitate şi lipsa logicii afective. Ca patologie a afirmării de sine, supraevaluarea proprie a psihopatului într-o mărturie va reieşi din subevaluarea celorlalţi.

De o deosebită importanţă în orientarea spre un comportament patologic este cercetarea motivaţiei actelor comise de bolnavii psihici, motivaţie care reprezintă cheia de boltă în etichetarea unui act antisocial ca patologic.

În orientările moderne de psihiatrie medico-legală se ia în consideraţie şi rolul victimei în declanşarea sau consumarea unui act patologic de comportament. Rolul victimei vinovate sau nevinovate se află pe primul plan în agresiunile şi obscenităţile de grup unde deseori se conservă o mentalitate de victimă. De asemenea, provocarea unui bolnav psihic duce la suportarea conştientă sau inconştientă a consecinţelor sub aspect victimologic ce decurg din această provocare. La aceasta se referea şi Dostoievski cînd spunea că crima s-a făcut pentru că aşa a dorit victima.

Reeducarea prin mijloace medico-legale a trăsăturilor valide dintr-un comportament patologic constituie o contribuţie a expertizei medico-legale la reinserţia şi readaptarea celor în impact cu legea. Plecînd de la realitatea omului perfectibil şi nu de la mitul omului perfect, prin efort şi persuasiune, se vor găsi toate rezervele de reinserţie socială, mai ales în situaţia stărilor psihiatrice de limită. La aceasta concură de altfel şi caracterul umanist al sancţiunii penale care nu urmăreşte umilirea, răzbunarea sau oprobiul persoanei ci, dimpotrivă, reeducarea şi reinserţia sa social-utilă.

BIBLIOGRAFIE

1. Alexandrescu I., *Personalitate şi vocaţie*, Junimea, 1982.
2. Abraham G., *Sexologie clinique*, Doin, 1967.
3. Allport G., *Structure et développement de la personnalité*, Edit. Delachaux-Suisse, 1970.
4. Ajuriaguerra J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, 1970.
5. Anty M., *Abrégé de psychiatrie*, Masson, 1968.
6. Aubrion J., *Essai sur le comportement humain*, l'Expansion, Paris, 1971.
7. Benezech M., *Observation du chromosome Y en pathologie médico-légale*, Masson, 1975.
8. Biberi I., *Essai sur la condition humaine*, Litera, Bucureşti, 1973.
9. Beadle M. C., *Le language de la vie*, Dunod 1972.

10. Brânzei P., Sîrbu A., *Psihiatria*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1982.
11. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T., *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Junimea, 1969.
12. Benoit Guy, *Desequillibre psychique et démence*, P.U.F., Paris, 1960.
13. Bogdan T.A., *Psihologie generală și psihologie socială*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1974.
14. Bogdan T.A., *Probleme de psihol. jurid.*, Editura de Stat, 1973.
15. Boltanscki E., *L'enfance handicapée*, Privat, 1977.
16. Bonnet T., *Med. legală*, Buenos Aires, 1967.
17. Cassiers L., *Le psychopathe delinquant*, Dessart, Bruxelles, 1970.
18. Chaucard P. și col., *Aberrations chromosomiques et criminalité*, Néret, 1976.
19. Colin M., *Examen de personalité et criminologie*, Masson, 1960.
20. Cohen A., *La deviance*, Duculot, 1976.
21. Cruz F., Laveck G., *Human Sexuality and the Mentally Retarded*, Buttermorths, Londra, 1973.
22. Ciocîrlan N., *Psihol., interrelaț. umane*, Editura Politică, 1974.
23. Cofer N.C., Appley H.M., *Motivation; theory and research*, New York, 1966.
24. Ciopraga A., *Evaluarea probei testimoniale în procesul penal*, Junimea, 1979.
25. Cociu M., Cociu E., *Tainele comportamentului animal*, Editura Albatros, 1982.
26. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, P.U.F., Paris, 1966.
27. Chaucard P. și col., *Aberrations chromosomiques et criminalité*, Néret, 1975.
28. Chelcea S., *Experimentul în psihosociologie*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1982.
29. Curran W., Harding T., *Droit et santé mentale*, O.M.S., 1978.
30. Constantinescu V., *Comportamentul*, Editura Științifică, 1964.
31. Dănescu Gh., Tomorug E., *Probleme judiciare în psihiatrie*, Editura medicală, 1973.
32. Debray A., *Génétique et psychiatrie*, Fayard, 1975.
33. Disertori P., Piazza M., *La psychiatrie sociale*, Ed. E.S.F., Paris, 1975.
34. Debuyst Chr. și col., *La criminologie clinique*, Dessart, 1971.
35. Dimitriu C., *Constelația familială*, Editura Didactică și Pedagogică, 1974.
36. Debray Q., *Génétique et psychiatrie*, Fayard, 1972.
37. Delpierre N., *De la jalousie*, Ed. Montaigne, 1954.
38. Dragomirescu V., *Psihosociologia comportamentului deviant*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1978.
39. Dicu A., *Conștiință și comportament*, Facla, 1977.
40. Duche J.D., *La psychologie de l'enfant*, Masson, Paris, 1964, v. 2.
41. Eysenck J., *Crime and personality*, New York, 1970.
42. Enăchescu C., *Igiena mintală*, Editura Medicală, 1979.
43. Foss M.B., *Orizonturi noi în psihologie*, Orizontul, 1973.
44. Fraisse P., Piaget J., *Traité de psychologie expérimentale*, P.U.F., Paris, 1963.
45. Freedman A., Kaplan H., Sadock B., *Comprehensive textbook of Psychiatry* IIe Edit., Wiliams-Wilkens, Baltimore, 1975.
46. Gorceix A., *Le suicide*, Masson, 1969.
47. Guttmacher M., *La psychologie du meurtre*, Fayard, Paris, 1969.
48. Guiraud M., *Psychiatrie*, Masson, Paris, 1970.
49. Gulian I., *Antropologie*, Editura Polit., 1973.
50. Gulian I.C., *Antropologie filozofică*, Editura Politică, 1972.
51. Gheorghiu Vl., *Sugestie și sugestibilitate*, Editura Academiei, R.S. România, 1982.

52. Harbaner L., Nissen — Strunk, *Kinder una Jungendpsyhiatrie*, Springer, Berlin, 1976.
53. Herseni Tr., *Sociologie*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1982.
54. Hooton N., *American criminal*, New York, 1939.
55. Heuyer G., *La delinquance juvénile*, P.U.F., 1969.
56. Hood R., *La delinquance*, Hachette, Paris, 1970.
57. Hesnard H., *Psychologie du crime*, Hachette, Paris, 1963.
58. Heuyer G., *Les troubles mentaux. Etude criminologique*, P.U.F., 1968.
59. Hartmann H., *La psychologie de moi*, P.U.F., Paris, 1971.
60. Ionescu S., *Adaptarea socio-profesională a deficienţilor mintali*, Editura Academiei, R.S. România, 1975.
61. Koupernik C., *Psychiatrie*, Flammarion, 1979.
62. Larmat J., *Genetica inteligenţei*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1977.
63. Lacroix Y., *Les hommes devant l'échec*, P.U.F., 1969.
64. Laforgue R., *Psychopatologie de l'échec*, Paris, 1970.
65. Laborit H., *L'agressivité detournée*, Fayard, 1970.
66. Lauzel P. J., *L'enfant voleur*, P.U.F., Paris, 1967.
67. Landry M., *Le psychiatrie en tribunal*, Epssos, 1976.
68. Launay Cl., Davy C., *Les enfants difficiles*, Maloine, 1973.
69. Laborit H., *Ann. méd. psychologiques*, 1975, 5, 37.
70. Lacroix J., *Philosophie de la culpabilité*, P.U.F., 1977.
71. Lagache J., *La jalousie*, P.U.F., 1946.
72. Lemay M., *Psychopathologie juvenile*, t I—II, ed. Fleurs, Paris, 1973.
73. Leonhard K., *Personalităţi accentuate*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1972.
74. Lorenz K., *Essais sur le comportament animal et humain*, Seuil, 1973.
75. Lorenz K., *L'agression (un histoire naturalle du mal)*, Flammarion, 1969.
76. Lutz I., *Psychiatrie infantile*, Masson, 1968.
77. Mărgineanu N., *Condiţia umană*, Editura Ştiinţifică, 1973.
78. Millet L., *L'agressivité*, P.U.F., 1971.
79. Matei N., *Psihosociologia relaţiilor morale interpersonale*, Editura Scrisul românesc, 1981.
80. Marcus S., Catinca A., *Stiluri apreciative*, Editura Academiei, R.S. România, 1980.
81. Mircea C., *Intercomunicare*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1979.
82. Morozova V. G., *Sudebnaia psihiatria*, Moscova, 1965.
83. Muller Ch., *Manuel de géronto-psychiatrie*, Masson, 1969.
84. Nayrac P. şi col., *Psychologie, Psychiatrie*, Flammarion, 1973.
85. Osterrieth O., *Copilul şi familia*, Editura Didactică şi Pedagogică, 1974.
86. Oblu N. şi col., *Ateroscleroza cerebrală*, Junimea, 1976.
87. Pavelcu V., *Drama psihologiei*, Editura Didactică şi Pedagogică, 1972.
88. Pamfil E., Ogodescu D., *Persoană şi devenire*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1976.
89. Parsons A. P., *L'analise génetique du comportement*, Dunod, 1973.
90. Pavelcu V., *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii*, Editura Didactică şi Pedagogică, 1982.
91. Pamfil E. şi col., *Nevrozele*, Editura Facla, 1974.
92. Pamfil E. şi col., *Psihozele*, Editura Facla, 1976.
93. Peyrefitte A., *Reponses à la Violence*, Paris, 1980.
94. Pelicier J., *Guide psychiatrique*, Masson, 1975.
95. Predescu V., *Psihiatria*, Editura Medicală, 1976.
96. Pinatel J., *La criminologie*, Doin, Paris, 1965.

97. Romi J., *Suicides*, P.U.F., Paris, 1930.
98. Roșca A., *Psihologia generală*, Editura Didactică și Pedagogică, 1966.
99. Roșca A., *Psihologia martorului*, Cluj, 1939.
100. Ruffié J., *De la biologie à la culture*, Flammarion, 1976.
101. Sapojnikov S.I., *Kriminilistika b sudebnoi mediține*, Kiev, 1970.
102. Scripcaru Gh., Ciornea T., *Medicină și drept*, Junimea, 1979.
103. Sivadon L., *La santé mentale*, Ed. Privat, 1980.
104. Sjobring B., *Personality structure and Development*, Copenhaga, 1973.
105. Sîrbu A., *Psihiatrie clinică*, Editura Dacia, 1980.
106. Skinner B., *L'analyse expérimentale du comportament*, P.U.F., Paris, 1970.
107. Spenle R.U.A., *Psychologie du conflit*, Editions Universitaires, Paris, 1972.
108. Szasz Th., *La loi, la liberté et la psychiatrie*, Payot, 1978.
109. Saragea M., *Fiziopatologie*, Editura Academiei R.S. România, 1981.
110. Tulio di B., *Principii de criminologie clinică*, Cedam, Roma, 1963.
111. Vald H., *Homo significans*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1970.
112. Vermes M., *The fundamental Questions of criminology*, Budapesta, 1978.
113. Vlad T., Vlad C., *Psihologia și psihopatologia comportamentului*, Editura militară, 1978.
114. Zamfir C., *Strategii ale dezvoltării sociale*, vol. X, Editura Politică, 1977.
115. Zamfir C., *Sinteze sociologice*, Editura Științifică și 1972.
116. Zamfirescu V., *Etică și etologie*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1982.
117. Zazzo R., *Debilitățile mintale*, Editura Didactică și Pedagogică, 1979.
118. * * * *Le traitement des delinquents*, P.U.F., 1966.
119. * * * *Forensic Psychaitry; a practical guide for lawyers and psychiatrists*, R. Sadoff, 1974.
120. * * * *Delinquance juvénile et developpement socio-économique*, Mouton, Paris, 1976.
121. * * * *Deviance et Societé*, Geneva, 1982.
122. * * * *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Editura Academiei R.S. România, 1980.
123. * * * *Viitorul psihiatriei*, Iași, 1982.
124. * * * *Delinquenza minorile e comportamenti devianti*, Milano, 1977.
125. * * * *Aggression*, Baltimore, 1974.
126. * * * *Delinquance juvénile et développement socio-economique*, La Haye, Paris, 1975.
127. * * * *O.M.S.: La carence de soins maternels*, Geneva, 1962.
128. * * * *UNESCO: Rasismul în fața științei*, Editura Politică, 1982.
129. * * * *Reponse à la violence*, Paris, 1980.
130. * * * *Orizonturi în psihologie*, Editura Științifică și Enciclopedică, 1978.
131. * * * *Aggression*, New York, 1974.

BCU IASI / C... LIBRARY

Partea a V-a

CRITERIOLOGIA ŞI SPECIFICUL EI ÎN MEDICINA LEGALĂ

ASPECTE GENERALE

Introducere. Valoarea şi limitele adevărului constituie o problemă a cunoaşterii, iar analiza logico-filozofică a condiţiei de adevăr sau teoria cunoaşterii ştiinţifice este obiectul epistemologiei, ce poate fi omologată cu criteriologia. În această proiecţie, epistemologia se referă la principiile, regulile metodologice şi verificarea valorii de adevăr a cunoştinţelor ştiinţifice din care rezultă gradul lor de certitudine sau de îndoială.

Aspiraţia umană spre adevăr transformă epistemologia într-o veritabilă „axiologie a cunoaşterii", iar stabilirea valorii de adevăr a unor cunoştinţe deţine, în egală măsură, consecinţe pentru progresul ştiinţific cît şi pentru valorile etice.

Din antichitate se cunoaşte raţionamentul: *sapiens nihil affirmat quod non probat,* iar principiile cunoaşterii adevărului ştiinţific au urmat, cu această observaţie, treptele clarificării de la convingerea subiectivă la probanţa obiectivă, de la *veritas essendi* la *veritas cognosendi*, prin stabilirea unităţii dintre concept şi metodă, prin includerea în rezultatele unei cercetări a ideilor şi a instrumentelor ce le probează realitatea şi exactitudinea. Epoca noastră, dominată de spiritul investigaţiei ştiinţifice, promovează necesitatea epistemologică în toate domeniile cercetării, ca şi în cel al patologiei medico-legale, unde, prin statutul şi servituţile acestei discipline medicale, ne apropiem de adevăr numai atît cît ne permite dovada probatorie. Considerăm, în acest sens, alături de alţi autori, atribuirea în mod corect fiecărei ştiinţe a unei epistemologii interne, cvasispecifice, care aplică în mod analitic, la un domeniu dat, opţiunile epistemologiei generale şi astfel, prin acest demers, medicina legală realizează trecerea de la etapele funcţionării sale intuitive la cele experimentale şi apoi la cele conceptuale logice şi sistemice.

Unitatea dintre aspectele conceptuale, ca model de stabilire a adevărului ştiinţific, şi cele normative, ca orientare dedusă din acestea, acordă probei medico-legale o valoare euristică în care se implică realizarea socială a noţiunii de drept. Ideea spiritului obiectiv care străbate întreaga medicină legală este conectă progresului ştiinţific ordonat de conceptualizarea fundamentată prin raţionament epistemologic.

Epistemologia şi medicina sînt într-o relaţie proiectată în progresul cunoştinţelor realizate prin treptata capacitate de clasificare, stabilirea de relaţii şi legităţi, abstractizare şi organizare axiomatică, cu enunţuri stabilite prin verificări probante. Viaţa, în condiţia sa de sănătate şi boală, persoană, grup uman şi ambianţă, a fost cercetată, ca obiect de studiu al medicinei, plecînd de la observaţia faptică, experiment şi verificare practică. Cercetarea obiectului de studiu al medicinei s-a elaborat, ca orice demers ştiinţific, inductiv, s-a desăvîrşit deductiv, pentru a trece la stadiul elevat al cunoaşterii axiomatice. Medicina a promovat prin teoretizare cantitatea de cunoştinţe asupra naturii umane, cunoştinţe care, supuse analizei şi sistematizării, s-au transformat în sisteme logice de informaţie, explicaţie şi predicţie.

Teoriile în medicină s-au validat în timp, funcţiile epistemice, prin sistematizarea datelor ştiinţifice, exprimarea esenţei lor, demersul pragmatic şi elaborarea de noi ipoteze şi constructe fiind cuprinse în euristica descoperirii. Astfel, orice cunoaştere medicală s-a realizat printr-o condiţie informativă şi una epistemică, de stabilire a criteriilor ce validează cunoştinţele obţinute.

Modelul sau statutul epistemic al medicinei legale a fost promovat de necesitatea validării cunoştinţelor din aria de cercetare a medicinei la normele dreptului, validare realizată printr-o criteriologie ştiinţifică specifică în acest sens. În consecinţă, s-a elaborat o epistemologie medico-legală cu episteme ce-i sînt specifice, modele proprii de gîndire, paradigme, folosind „matrice disciplinare" specifice sau „cupluri metodologice", care articulează posibilitatea cunoaşterii ştiinţifice la spiritul normelor juridice în teoria şi practica dreptului.

Medicina legală a elaborat enunţurile sale gnozice prin referinţă la cercetarea fenomenelor ce constituie obiectul medicinei şi a dat, în această formă, valoarea de concludenţă a propriilor sale constatări. În acest scop se afirmă necesitatea permanentă a fundamentării enunţurilor sale prin informaţii, stabilirea de corelaţii dintre acte şi efectele lor, determinarea criteriologică a acestor corelaţii şi mai ales gradul lor de utilizare. Epistemologia medico-legală se realizează astfel într-un model unitar şi dialectic dintre aspectele gnozice, informativ-ştiinţifice şi cele normativ-judiciare validate printr-o criteriologie specifică.

În acelaşi timp, epistemologia medico-legală, prin paradigmele sale, oferă matricea unităţii dintre adevărurile medicale concrete şi principiile abstracte ale dreptului, o unitate dintre adevărurile factuale şi cele nomotetice, a adevărurilor formale cu cele materiale. Adevărul, către care aspiră în mod convergent medicina legală şi dreptul, devine astfel o corespondenţă dintre constructele abstracte şi faptele cu valoare de informaţie, o referinţă şi o reprezentare, iar prin ordonare epistemologică rezultanta corespondenţei cu realitatea, a completitudinii reprezentării, a preciziei şi valorii probante a informaţiei. Un stoc de informaţii deţine calitatea de adevăr, cu un grad probant de certitudine, cînd realizează unitatea dintre latura sa faptică şi cea logică, cînd rezultă din fapte, este dedus sau inferat de acestea. Astfel, observaţia, experimentul, concordanţa cu alte probe judiciare, verificările încrucişate şi altele, au constituit criterii ştiinţifice de valoare a adevărurilor medico-legale.

Medicina legală tinde să stabilească, prin contribuţia sa specifică, o unitate între adevărul obiectiv stabilit prin corespondenţa cu faptele şi cel normativ, iar enunţurile sale, direcţionate de valoarea probantă a obiectivelor şi fenomenelor care corespund realităţii, devin certe prin referinţa la cele constatate. În acest sens, se constituie ca adevăr numai ceea ce este verificat într-o structură dinamică ce poate fi analitică, de sinteză, de conţinut gnoseologic general, teoretic sau logic. Criteriile de validare a adevărului pot fi materiale, prin verificare practică, reproductive prin experiment sau formule, prin demonstrare logică.

Adevărul ce rezistă verificării criteriologice are valoare de probă cu mesaj euristic şi deontic, adevăr care devine incompatibil cu apriorismul, empirismul, diletantismul sau dogmatismul. Mesajul epistemologic medico-legal devine astfel o racordare permanentă a adevărurilor ştiinţifice medico-legale la conţinutul dreptului, deoarece „nu există drept în afara adevărului iar adevărul este totdeauna ştiinţific". Prin instrumentele cercetării medico-legale, suspiciunea se poate transforma în certitudine, ipoteticul în tetic, subiectivitatea despre adevăr în adevăr obiectiv ştiinţific, act de adevărată cucerire a spiritului uman. Considerarea completă a unei probleme implică observaţia, expe-

rimentul, demonstrarea logico-matematică, singure în măsură să stabilească în mod ştiinţific interacţiunile din natură şi să aducă simetria retrodicţiei, explicaţia relaţiilor cauzale cu predicţia, ca previziune a realizării dreptului.

Paradigmele medicinei legale, cu adevăruri valabile pentru realizarea dreptului, stabilesc demersul ei ştiinţific şi se referă la viziunea sa sistematică, ca ansamblu de elemente în interacţiune, fapt ce acordă extinderea determinismului probabilistic prin realizarea de matrice epistemice specifice.

Modelul epistemic medico-legal, cu axiome utile medicinei şi dreptului, rezultă din integrarea unitară a unor nivele de cunoaştere: materială, conceptuală, epistemologică internă şi epistemologică interdisciplinară. În această ierarhizare, medicina legală exprimă supraordonatul, dreptul, prin realitatea inclusă sau subordonată a problematicii medicale şi corelează adevărul cu valoarea sa etică, binele şi ştiinţa cu valoarea sa noetică, înţelepciunea, laturi prin care se realizează justiţia. Justiţia ca produs al raţiunii umane este instrumentată de adevărul ştiinţific, raţional, iar idealului de adevăr din ştiinţă îi corespunde idealul de bine, echitate sau justiţie, din drept. De aceea, pentru realizarea acestei funcţii euristice integratoare, criteriile medico-legale servesc medicinei şi dreptului şi fundamentează constituirea sa ca ştiinţă ontologică despre om.

Medicina legală, în interdisciplinaritatea sa, este direcţionată de investigaţia domeniului ei specific şi constituie obiect al medicinei, cu factorii materiali şi morali ai vieţii şi existenţei umane. Prin aceasta se abordează de fapt multiple aspecte disciplinare înscrise într-o unitate sistemică interdisciplinară, cu matrice logico-epistemice proprii care converg în medicină şi drept.

Criteriologia medico-legală. Criteriul este semnul prin care reprezentările noastre pot fi considerate adevărate sau false. El constituie un set de teste sau reguli ce verifică cunoştinţele ştiinţifice ca fiind valide. Adevărul se descoperă prin instrumentele unor criterii ce operează la nivel analitic, sintetic, logic sau praxiologic. Acestea devin, în acelaşi timp, şi nivele de adevăr ce capătă valoare de convingibilitate informativă, eficacitate evaluativă şi corectitudine sistemică. În acest mod se poate vorbi de niveluri de adevăr medical concret, abstract-juridic şi sinteze operaţionale medico-legale. Un adevăr tinde spre absolut în raport de corespondenţa sa cu faptele şi coerenţa sa cu alte enunţuri, coerenţă ce rezultă din cuprinderea, relevanţa şi concordanţa cu datele informative. Corespondenţa şi coerenţa devin criterii ale adevărului descoperit, la care se adaugă precizia referinţei şi verificarea sa experimental aplicativă.

Criteriologia medico-legală stabileşte concordanţa realităţii cu cea a cunoaşterii ştiinţifice şi permite trecerea de la îndoială la certitudine, fundamentînd prin explicitare, standardizare, generalizare şi obiectivitate, teoriile noastre. Criteriologia se opune tendinţei de simplificare a realităţii complexe sau de explicare a ceea ce nu se înţelege cu ajutorul a ceea ce se ştie şi în acest mod promovează identitatea adevărului descoperit. Întrunirea criteriilor, care stabilesc valoarea unui enunţ ştiinţific ca fiind conform realităţii, permite a stabili o judecată medico-legală ca adevărată sau falsă. Criteriologia medico-legală, pentru a evalua imputabilitatea judiciară, în cazul unor realităţi ce aparţin cercetării medicale, va stabili în prealabil validitatea lor ştiinţifică, existenţa concludenţei adevărului afirmat cu faptul petrecut şi apropierea lor pînă la identitate de adevărul absolut. Într-o abordare criteriologică, valoarea maximă o deţin aspectele care, prin relevanţă, autenticitate, pertinenţă, suficienţă cantitativă, claritate şi corelaţie logică, dovedesc valoarea lor obiectivă. În cercetarea medicală utilizăm, după cum este cunoscut, o ierarhizare a criteriilor cînd preluăm critic datele anamnestice ce le supunem

unor raţionamente deductive, operăm cu probabilităţi statistice, analogii, corespondenţe cantitative, probe experimentale, toate pentru a descoperi un adevăr sau a-l demonstra. Ipotezele sau constructele necesare gîndirii ştiinţifice se validează ca teze prin demonstrare criteriologică deşi, după unii autori, medicina legală deţine un atribut limitat de a opera cu intuiţii şi ipoteze. Totuşi, ipoteza se impune ca un instrument de lucru ce se disciplinează prin criteriologie. Ipoteza este o idee anticipativă, absolut necesară ştiinţei şi, dacă ea exprimă un adevăr relativ, teoria exprimă, în consecinţă, un adevăr verificat de practică. Între acestea se interpune conceptul care devine teorie şi convingere despre adevăr, prin argumentare. Argumentarea transformă ipoteza în teză, iar convingerea devine proiect de acţiune în care se includ susţinerea raţională a tezei, analiza tezei contrarii şi evaluarea concluziilor. Argumentarea începe prin culegerea informaţiilor şi continuă cu stabilirea relaţiilor cauză-efect, utilizarea raţionamentelor inductive şi deductive şi extragerea consecinţelor (concluziilor) prin dovezi semnificative, organizate logic, suficiente, actuale, detaliate şi astfel credibile. Argumentarea se face prin aserţiuni, definiţii şi axiome cu proprietăţi de noncontradicţie, completitudine (de a fi categorice) şi independenţă (nederivînd una din alta). Axiomatizarea, în orice raţionament ştiinţific ca şi în medicina legală, precede abstractizarea şi e legată de modelul matematic ce introduce logica ştiinţifică în cunoaştere. Argumentarea poate fi greşită sau neconvingătoare cînd rezultă din generalizări superficiale, analize false, coincidenţe nefiltrate de logica raţionamentului ştiinţific.

Erori medico-legale. Logica diagnosticului medico-legal decurge dintr-o cercetare minuţioasă a faptelor şi dintr-o gîndire corectă, exactă, clară şi ordonată. Prin logică, ipoteza diagnostică se înscrie în silogism. Logica medico-legală arată cum se face o analiză corectă a simptomelor pentru a trage o concluzie valabilă privind diagnosticul şi care va depinde de adevărul premiselor. Uneori, demersul logic al diagnosticului include erori a căror cauză poate fi nerespectarea regulilor logice în delimitarea noţiunilor, substituirea diagnosticului cu simptomele, tendinţa la raţionamente categorice fără a întruni condiţiile posibile precum şi generalizarea pripită sau superficială.

Epistemologia cauzalităţii în patologia medico-legală. Stabilirea relaţiei de cauzalitate în patologia medico-legală este consecinţa importantă a raţionamentului logic de distingere a cauzelor de efectele lor. Dar, în relaţia complexă dintre cauze şi efecte din mişcarea biologică, rolul condiţiilor este deosebit de important, deoarece, într-un sistem viu, fiecare din componentele aflate în interacţiune poate deveni condiţie pentru celelalte.

Modelul epistemologic propus de noi include relaţiile complexe dintre cauze şi condiţii, totdeauna cauza fiind factorul în absenţa căruia fenomenul nu apare, chiar în prezenţa unor condiţii (deoarece ea are caracter necesar), iar condiţia oferă particularităţi suplimentare cauzei (momentul apariţiei efectului). Astfel, modelul nostru corelează în relaţiile de cauzalitate aspectele biologice cu cele socio-culturale, psihologice, axiologice şi juridice, în scopul de a promova răspunsuri de probitate ştiinţifică. Modelul promovează o relaţie de cauzalitate ce decurge din interacţiunea sistemică a factorilor interni, prin care se produce o stare necesară sau probabilă, ce implică o abordare specifică de cercetare a efectelor pentru a deduce şi separa cauza de condiţii. Astfel se sistematizează, în relaţiile de cauzalitate, o factorialitate principală şi secundară, directă şi indirectă (mijlocită de condiţii interne, externe sau mixte), esenţială sau neesenţială, univocă sau neunivocă, previzibilă sau imprevizibilă sau cu elemente concuratoare, ce se pot structura şi ierarhiza în nivele de situaţii ce permit o încadrare ştiinţifică adecvată.

Concludența adevărului medico-legal. Pentru a asigura valoarea sa probant-axiomatică, cercetarea medico-legală se desfășoară ca o cercetare științifică faptică și logică. Euristic, aceasta va parcurge mai multe etape:

— stabilirea planului de lucru cu materialul de studiat, modul de culegere a datelor, problemele de soluționat;

— analiza detaliată, cu martori, în cazul explorărilor de laborator, a materialului de lucru;

— descrierea tehnicilor utilizate și a procedeelor logice aplicate;

— interpretarea datelor ce vor constitui condiția necesară a concluziilor, care, la rîndul lor, vor fi consecința suficientă a premiselor. Se va recurge la modele matematice și codificări și care vor arăta, eventual, variația aleatorie de la normal;

— prezentarea rezultatelor va cuprinde referințe corelative (o alcoolemie, de exemplu, depinde de variația individuală a etiloxidării, de timpul scurs de la accident la priza de sînge și de metoda de dozare. O alcoolemie de 1,30g‰ este, în realitate, de 1,20-1,40 g‰. Se va recurge la reprezentări grafice

Prin epistemologia medico-legală, intuiția, imaginația și cutezanța cedează deci locul unei metodologii și probanțe logice.

Sub aspect pragmatic, orice fapt ce necesită o probațiune științifică se supune unei analize criteriologice constituită din episteme, explorări critice ale cunoașterii, puncte de sprijin, norme științifice de referință ale adevărului, în funcție de care se fac opțiuni practice și judecăți de valoare. Această analiză științifică transformă ipotezele în teze și se proiectează în acestea ca și în elaborările teoretice.

Reconstituirea realității în scopul cunoașterii ei, prin structuri epistemologice, este, prin excelență, valabilă în patologia medico-legală unde cercetăm efectele pentru a stabili sursele lor și unde afirmația implică competență prin probitate științifică. În acest efort, valoarea criteriilor ce validează constatările noastre și spiritul critic științific este în măsură să înlăture sau să limiteze erorile și să confere obiectivitate probei ca sursă a deciziei. Ca reguli și procedee de gîndire prin care se ajunge la adevărul științific, criteriologia se bazează pe toate explorările posibile, directe și indirecte (investigații și date de anchetă) și nu se abate de la principiile expertologiei (rațiunea juridică a construirii adevărului, respectarea regulilor de lucru și a logicii, a interdisciplinarității și individualizării criteriilor, a orientării lor pragmatic preventive).

Criteriologia medico-legală este expresia unității dialectice dintre aspectele cognitiv-științifice medicale și cele normativ-judiciare ce se constituie într-un model epistemic medico-legal cu valoare euristică și deontică (fig. 318) și include astfel logica euristică de validare a adevărurilor prin criterii științifice, stabilind validitatea acestora și asigurînd predicția științifică a faptelor. În acest mod, adevărul, finalitate a criteriologiei medico-legale, este precizat la toate nivelele sale (analitic, sintetic, logic și praxiologic) prin constructe științifice bazate pe conceptul său cvadridimensional lansat de Botezatu („adevărul este evaluarea gradului de corespondență dintre un construct și un obiect, corespondență dotată cu capacitate reprezentativă, forță referențială și transport de informație").

Corespondența teoriei cu fapta, coerența valorică și verificarea pragmatică a adevărului se face pentru fiecare problemă în parte printr-un set de standarde, teste, reguli ce nu sînt decît criterii specifice de validare la nivel concret (medical), abstract (juridic) și sintetic (medico-legal) pentru a răspunde astfel nevoii de pertinență și concludență a probei judiciare.

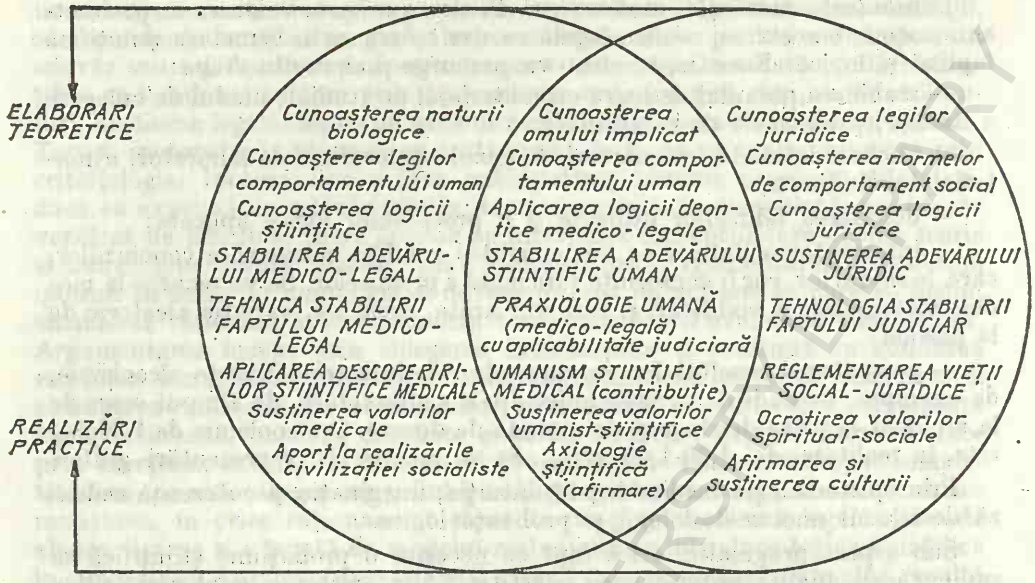


Fig. 318. Cadrul epistemologic al activităţii medico-legale.

Activitatea de cercetare şi practica ultimilor ani a permis criteriologii specifice pentru multiple probleme medico-legale, dacă nu ar fi să amintim decît pe cele ale momentului morţii, ale reacţiilor vitale şi supravitale, diferenţierii leziunilor produse prin acceleraţie de cele produse prin deceleraţie, ale formei medico-legale de moarte, ale avortului provocat, ale definirii organului, prejudiciului estetic, autolezării, ale aspectelor psihopatologice delicto-judiciare, ale responsabilităţii profesionale şi altele. Pentru a nu da decît un exemplu, atît de dificila problemă a relaţiei cauzale dintre un traumatism şi o boală (traumatism, stare premorbidă şi moarte) implică întrunirea unui set de criterii, de egală importanţă în validarea ştiinţifică a unei constatări: realitatea traumatismului, intensitatea sa şi concordanţa de sediu, diagnosticul pozitiv de boală, starea indemnă a regiunii sau organismului, intervalul admisibil de apariţie a bolii şi a simptomelor. Desigur, cercetarea ştiinţifică, va adăuga noi criterii, în viitor, la o astfel de problematică.

În raport de funcţiile epistemologiei, medicina legală poate fi definită ca acea parte a medicinei ce aplică cunoştinţele medicale la nevoile dreptului, cu ajutorul unor concepte şi teorii proprii de caracter integrativ şi prin metodologii specifice de lucru. Medicina legală include caracteristicile epistemologice ale ştiinţelor actuale de a fi un sistem logic, cu modele de gîndire holistice, ce oferă conexiuni conceptelor operaţionale şi unitate teoretic-explicativă asupra unor realităţi cercetate.

În virtutea acestor cerinţe, medicina legală realizează o cunoaştere probantă şi apodictică, ce comută cunoaşterea faptică la valabilitatea sa. Ea utilizează paradigme care se impun ca realizări ştiinţifice, ca soluţii model particularizate la domeniul său de lucru. Prin ansamblul de enunţuri, elaborate şi organizate în teorii, prin tehnicile, metodele şi criteriile prin care se validează aceste enunţuri, medicina legală contribuie la conturarea unei concepţii specifice despre organismul uman, persoană, personalitate şi relaţiile sale de

existenţă şi răspunde deziderateIor de ştiinţă autentică. Epistemologia medico-legală devine aptă să dezvolte, în continuare, disciplina în gîndire, simţul obiectivităţii şi echităţii, ca atribute etice indispensabile alături de cele ştiinţifice. Analiza faptelor după aceste criterii realizează o comunitate ştiinţifică, în care medicul deţine o poziţie centrală prin informaţia sa bogată, sensibilitatea cultivată, inventivitatea şi lupta cu limitările spiritului neştiinţific în ştiinţă: rutina, semidoctismul, diletantismul şi orgoliul ce duc implacabil la greşeală. În acest mod medicina legală îşi afirmă în prezent statutul său epistemologic prin promovarea convingerilor despre adevăr, în modele explicative autentice care dau valoare ştiinţifică dimensiunii sale esenţial medicale.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CRITERIOLOGIA DIAGNOSTICULUI FORMEI MEDICO-LEGALE DE MOARTE

Investigația medico-legală a cauzelor și mecanismului morții constituie un domeniu fascinant al expertizei tanatologice care, în primul rînd, presupune acceptarea acestei modalități de lucru ce nu trebuie să repugne ci, dimpotrivă, să pasioneze. Gradientul acestei pasiuni depinde și de concepția despre viață și moarte a medicului ce face o astfel de investigație.

Prin aptitudinea științifică de a investiga urmele infracțiunilor, medicina legală devine o știință exactă, o specialitate a adevărului științific cu aptitudinea de a furniza elemente pentru probarea vinovăției sau inocenței. La posibilitățile științifice în acest scop trebuie adăugate trăsăturile de caracter ale medicului care implică prudență, răbdare și încredere în posibilitățile științei, spirit științific permanent pentru a devansa ficțiunea, intuiție, adică fler medico-legal bazat pe cunoaștere și experiență și mai puțin pe fantezie și ipoteze imaginare care nu pot deveni constructive decît dacă se bazează pe logică științifică. Prin atare cerințe necesare unei bune expertize tanatologice, și anume prin erudiție și experiență științifică și apoi prin fler și intuiție, rezervele științifice sînt totdeauna mai mari decît modul de comitere a faptelor, de unde obligativitatea descoperirii adevărului științific.

În fața unui caz, moartea se poate prezenta medicului, în primul rînd, ca fiind suspectă. Această suspiciune, departe de a fi o deformare profesională, pleacă de la adevărul că, deseori, un caz aparent banal poate fi în realitate foarte complicat, iar prin aspectul său morfologic poate fi la limita dintre crimă, sinucidere și accident. De aici măiestria medicului în a diferenția crima de sinucidere cu ajutorul mijloacelor medico-legale și de a transforma, prin munca sa, suspiciunea și ficțiunea în adevăr științific.

În fața unui caz suspect, îndoielile medicului pot avea multiple surse printre care și acelea că decedatul nu era bolnav, nu era în evidența unităților sanitare, nu prezenta stări depresive sau conflictuale etc. În această situație, toate informațiile se așteaptă de la ceea ce vor „povesti morții". De aceea, din rațiuni superioare de justiție și ordine socială, medicul trebuie să se gîndească în primul rînd dacă în speță nu este vorba de o crimă, cînd, pornind de la examenul la fața locului și îndeosebi de la examenul victimei, va putea oferi elemente în sprijinul descoperirii autorului și a modului de săvîrșire a infracțiunii.

La scena presupusei crime, el se va întreba întîi cu ce instrumente a fost-suprimată viața și în acest scop va face o cercetare generală a locului decesului consemnînd poziția victimei, a obiectelor din jur, a instrumentelor care au servit pentru producerea leziunilor, a hainelor, scrisorilor lăsate, lenjeriei în caz de infracțiuni sexuale, urmelor de produse biologice (se știe, de exemplu, că eforturile, defecația etc. pot genera morți subite, embolii letale) în scopul de a găsi indici care să orienteze de la început spre o crimă, sinucidere sau accident. Dacă identitatea cadavrului nu este cunoscută, medicul va avea grijă să epuizeze toate elementele medico-legale în acest scop, consemnînd înălțimea cadavrului (necesară și la eventualele acccidente prin vehicule), greutatea, starea de nutriție, aspectul părului, culoarea ochilor, aspectul bărbiei, mustății, sexul, eventuale pigmentări, deformări și tatuaje, mărci pro-

fesionale, aspectul dinților etc. Evident că la rezolvarea acestor probleme medicul cooperează cu echipa de cercetare după diferitele versiuni de anchetă. La fața locului, medicul poate constata, ca circumstanțe particulare, cadavrul unei femei tinere fără urme externe de violență, dar prin poziția cadavrului, vîrsta sa precum și prin aspectul de la fața locului, să se sugereze scena unui avort, în care scop va trebui să cerceteze toate materialele străine din jur, fiind cunoscută rapiditatea morții în aceste împrejurări chiar la o simplă dilatație a colului uterin. Alteori, scena de la fața locului poate ridica problema unei morți subite, de exemplu în baie, cînd medicul va trebui să clarifice multiplele versiuni posibile: electrocutarea în baie, înecarea în timpul unei crize epileptice, arsurile la copiii mici sau chiar crimele prin înecare heteroagresivă. Cînd scena de la locul morții implică o persoană tînără, cu deranjarea lenjeriei de pat sau de corp, medicul se va gîndi și la o eventuală infracțiune sexuală, adunînd elemente în acest sens: cercetarea leziunilor himeneale, mai frecvent laterale în rupturile cu degetul din cadrul perversiunilor sau posterioare din cadrul violului, a rupturilor de perineu, a semnelor de violență, a urmelor biologice de pe rufărie sau de sub unghii etc. Alteori, această scenă poate fi provocată de maltratarea unui copil, cînd leziunile externe vor fi evocatoare. Dacă la locul faptei se constată un adult, în raport de leziunile externe, de aspectul obiectelor din jur, ne vom putea gîndi la o moarte subită ori la o sinucidere, la o intoxicație ori la o crimă etc. Cadavrul care la locul faptei prezintă urmele unor leziuni produse în mod bizar ne va determina să ne gîndim și la un omor patologic. Într-un incendiu sau la un cadavru cu arsuri, ne vom pune problema factorilor determinanți (ex. alcoolismul), a caracterului vital al leziunilor (prin zona marginală roșie la inspecția arsurilor sau după investigație microscopică) și, în final, a formei medico-legale de moarte. În sfîrșit, dacă la locul faptei sîntem puși în fața unui schelet, va trebui să epuizăm cercetarea întrebîndu-ne în primul rînd cine a fost victima.

În felul acesta, medicul culege primele informații care îi oferă ipoteza unei crime, a disimulării unei crime prin sinucidere, a unui accident etc.

În a doua etapă medicul se va întreba unde, cînd, cum și cu ce mijloace s-a produs moartea persoanei. În acest scop el va culege informații în plus pentru precizarea laturii obiective a infracțiunii (mijloacele de comitere, timpul comiterii etc.) precum și a subiectului infracțiunii (a autorului ce devine identificabil prin instrumentele crimei, prin urmele lăsate la fața locului sau pe cadavru etc.).

În acest scop, medicul va începe cercetarea sa prin constatarea aspectului cadavrului și îndeosebi a colorației neobișnuite a tegumentelor (care poate fi specifică: roșu aprins în intoxicațiile cu CO și acid cianhidric, cenușiu bronzat în septicemiile cu *Clostridium velchii* din avorturi, cafenie în intoxicațiile cu methemoglobinizante), a eventualelor peteșii hemoragice asfixice, a sediului și poziției lividităților și îndeosebi a eventualelor mărci externe de violență care exprimă acțiunea unor agenți vulneranți și care sînt edificatoare pentru forma medico-legală de moarte (crimă, sinucidere sau accident).

După ce și-a pus întrebarea dacă este moarte patologică sau violentă, și în cazul morții violente dacă este crimă, sinucidere sau accident, medicul își va pune și rezolva problema mijloacelor de violență (agenților vulneranți) ce au dus la suprimarea vieții victimei. În acest scop, markerii morfologici externi ai unor violențe au mare importanță medico-legală, deoarece sînt adevărați purtători de informație asupra felului morții. Ei pot oferi urme absolute sau relative ale unor agenți traumatizanți, mecanici, fizici, chimici sau biologici de tipul echimozelor, excoriațiilor sau pergamentărilor, ce reproduc, ca imaginea în oglindă, forma obiectului vulnerant. Aceste mărci morfologice

vor trebui căutate în jurul gurii și pe gît, prin părul capului pe scalp, pe mîini în caz de electrocuție sau apărare, pe regiuni ascunse etc., avînd în vedere faptul că, deseori, evidențele pot fi reduse (de exemplu urmele de injecții), după cum alteori ele pot preta la interpretări diferite (ex. urmele masajului extern pe torace). Markerii menționați vor fi căutați cu ocazia autopsiei cînd vor fi sugerați de modificări externe (mobilitatea anormală a membrelor în fracturi, sînge pe urechi în traumatisme craniene, sînge pe coapse în avorturi etc.) și cînd vor trebui investigați în continuare prin precizarea formei anatomice, radiologice etc. a leziunilor. Nu se vor uita nici hainele pe care deseori agenții vulneranți imprimă forma lor (ex. amprenta pneului).

Inventarierea corectă a acestor markeri obligă, ca regulă de aur, la o autopsie completă și la epuizarea tuturor investigațiilor prin recoltarea probelor, în scopul de a converti suspiciunea în certitudine științifică și de a da un răspuns la întrebarea dacă fapta pe care o investigăm este sau nu conformă cu realitatea. În acest scop investigațiile vor avea caracter de urgență, se vor adresa unor metode de maximă specificitate și sensibilitate, vor fi cantitative și nu atît calitative, iar rezultatele obținute prin investigații multiple sau încrucișate vor fi bine conservate și păstrate.

Investigarea medico-legală a omorului ne arată de exemplu că, în prezența unor leziuni ale scalpului localizate în vertex, sub formă de infiltrat hemoragic care se întinde de la o ureche la alta, dar în prezența unei spînzurări fără reacții vitale, lovirea vitală a capului cu un obiect elastic și disimularea crimei prin spînzurare apare indubitabilă. De asemenea, fractura localizată în vertex, la un subiect la care se excludea căderea de tip acrobatic, a caracterizat lovirea activă. Circumspecția medicului trebuie să fie maximă pentru că alteori fractura orificială a calotei, deși a sugerat acțiunea glonțului, s-a produs printr-un obiect metalic cilindric care trebuie căutat cu insistență. La un cadavru găsit pe marginea șoselei cu leziuni în vertex și cu bicicleta deformată, căderea în cap prin propulsie exogenă imprimată de un vehicul în mers nu a comportat discuții. De asemenea, existența unor simple fracturi costale fără alte leziuni corporale externe a atestat comprimarea criminală și nu lovirea de către un vehicul în mers.

Plăgile tăiate, prin caracteristicile lor pot evoca lovirea, crima și exclud astfel accidentul (plăgi tăiate cu obiecte care imprimă forma lor sau în regiuni care sugerează lovirea și nu căderea: plaga din fosa supraclaviculară la un cadavru cu țigara pusă în gură și cu traista în mînă a atestat lovirea și nicidecum căderea în cuțit).

În asfixiile sexuale, în înec sau comprimări, aceleași multiple întrebări, și anume dacă subiectul a căzut, a fost împins etc. trebuie să-și găsească de asemenea un răspuns științific. Astfel, dungile paralele produse printr-un vătrai arătau lovirea și nicidecum comprimarea de animale, iar în lipsa reacțiilor de înecare, cu prezența unor fracturi vitale prin comprimare, arătau disimularea crimei prin înec. În intoxicații, de asemenea, cele mai subtile probleme implică o precizare științifică, cum ar fi explicarea unor urme de toxic în organe atunci cînd nimic nu sugerează sinuciderea sau crima și care, pînă la urmă, obligă la investigații în scopul precizării felului morții (disimularea crimei prin arsen dat sub formă de licoare Fowler, a stricninei în peptocolin, a parationului în timpul agoniei produsă prin sugrumare etc.).

Deși sarcina expertizei medico-legale nu este aceea de a preciza vinovăția sau inocența, concluziile sale științifice ajută însă în acest sens. Dacă în cazurile de mai sus concluziile științifice au ajutat la constatarea vinovăției, dedusă din diagnosticul cert al formei medico-legale de moarte, în alte cazuri, concluziile medico-legale au fost edificatoare pentru disculparea unor persoane

acuzate de anturaj, de mărturii interesate etc. Căderea cu gîtul pe un gard urmată de moarte a exclus agresiunea, după cum confirmarea indubitabilă a unui accident de tren a exclus crima imaginară a unui parafrenic „fixată" la o anumită persoană. Căderea pe macazul liniei ferate cu producerea unei plăgi plesnite a exclus lovirea cu toporul, iar împuşcarea în ochi cu o explozie a vertexului a exclus, la un cadavru scheletizat, lovirea cu un obiect contondent. Explicarea morţii prin tren pe baza reconstituirii accidentului, plecînd de la aspectul leziunilor plesnite, sediul şi gravitatea lor precum şi de la data morţii, a exclus comprimarea prin surprindere în timpul unui adulter urmată de disimularea crimei prin punerea cadavrului pe calea ferată. Cum deseori falsele acuzaţii de crimă sau accident le fac bolnavii psihici, în investigarea patologiei omorului intră obligatoriu şi examenul psihiatric.

Investigarea medico-legală a suicidului arată, dimpotrivă, caracteristici relevante pentru acest fel de moarte. Dacă actele criminale au polimorfismul cunoscut, datorită intervenţiei unui autor şi apărării victimei, actele de suicid relevă de regulă caracteristici mai contrastante, chiar dacă şi aici mecanismele lezionale, uneori variate şi polimorfe, depăşesc de regulă posibilităţile de sistematizare. Astfel, cu cît leziunile şi modalităţile lezionale sînt mai originale şi mai complexe, cu atît ele pledează mai mult pentru suicid. De asemenea, cu cît leziunile sînt mai multiple, în acelaşi loc sau în regiuni diferite, cu atît ele sugerează mai mult suicidul. Trebuie de reţinut de asemenea că în suicid leziunile permit supravieţuirea cu producerea concomitentă a altor acte şi leziuni, după cum gravitatea leziunilor nu exclude niciodată suicidul. Astfel, vor fi frecvente sinuciderile duble, triple etc. prin două sau trei mecanisme letale (electrocuţie şi înec, împuşcare şi spînzurare, împuşcare şi înec, secţiuni ale venelor şi împuşcare sau intoxicaţie cu anestezice, plăgi precordiale şi înec, emasculare şi înec etc.), ca şi leziunile de suicid foarte grave (secţionarea mezenterului şi a intestinului puse alături într-un vas, secţionarea gîtului pînă la corpii vertebrali etc.). Aşa cum s-a discutat la fiecare capitol, aspectul leziunilor în suicid permite un diagnostic de orientare.

Aspectul leziunilor de ezitare, situarea lor în regiunile de elecţie, direcţia leziunilor compatibilă cu gestul suicidar, tentativele anterioare (ex. cicatricele), absenţa semnelor de luptă, prezenţa actelor supravitale (ex. ascunderea armei etc.), antecedentele psihiatrice etc. sînt elemente medico-legale deseori peremptorii pentru suicid. Pentru certitudinea morţii prin sinucidere, însă, examenul morfologic se va completa obligatoriu cu „disecţia psihologică a suicidului", în care scop se vor cerceta depresia şi factorii de circumstanţă ce au precipitat gestul suicidar (eşecuri, frustraţii), fiind cunoscut suicidul rece, brusc şi nemotivat, ca o reacţie de apărare la angoasa degradării psihice la schizofreni, suicidul „pentru a convinge" la psihopaţi, suicidul ca reacţie de apărare onirică la etilicii cronici, datorită depresiei după dezalcoolizare ori suicidul prin solitudine (izolare de grup) şi nelinişte faţă de viitor la deprimaţi etc. În sindromul Elpenor se întîlnesc acte de suicid motivate de stări onirice şi tulburări de memorie, mai ales după consumul de alcool ca, de exemplu, la cei ce dorm în alte locuri decît de obicei, stări sub influenţa cărora se defenestrează accidental.

În acest mod, deosebirea sinuciderii de omor se va face după gruparea leziunilor, topografia lor, caracterul multiplu sau solitar al leziunilor, aspectul hainelor, aspectul leziunilor de apărare, al leziunilor secundare (exemplu, de cădere), rezultatele mecanoscopiei (exemplu, compararea urmelor de cuţit pe os, cartilaje, ţesuturi).

Ca reguli de deontologie expertală, medicul are datoria de a menaja anturajul prin secretul diagnosticului de suicid în certificatul de deces şi va atrage

atenţia asupra oricărei tentative de suicid ca simptom de alarmă pentru profilaxia riscului suicidar. Reguli deontologice în investigarea medico-legală a morţii vor trebui deci să completeze aportul medicului în domeniu. Totdeauna, expertiza tanatologică va fi legală, ştiinţifică şi convingătoare deşi, uneori, valoarea concluziilor se întinde de la afirmaţiile sigure pînă la cele imposibile. Medicul întotdeauna va constata adevărul ştiinţific, fără a învinovăţi sau dezvinovăţi, de aceea medicina legală nu poate fi o specialitate „de ocazie" ci, dimpotrivă, o specialitate de mare răspundere socială. Experţii competenţi dar timizi, prin nesiguranţă şi ezitare, servili, rutinieri sau nevrozaţi de aşa-zisele dificultăţi profesionale, trebuie să abandoneze un atare domeniu de lucru. Prin zece reguli deontologice de lucru, Mina Minovici a condensat la maximum mesajul acestui gen medical de investigaţii. El spunea că medicul legist trebuie să fie prudent, să înveţe a se îndoi şi a cumpăni adevărul, să cerceteze cu atenţie orice caz căci deseori un caz simplu este în realitate complicat, să evite versiunile, ipotezele şi teoriile pripite precum şi imaginaţia necontrolată de fapte. Să evite de asemenea a face ipoteze complicate şi să fie obiectiv, astupîndu-şi urechile, închizînd gura şi deschizînd ochii, pentru a evita orice sugestie şi pentru a-şi face numai convingeri proprii. În sfîrşit, să procedeze totdeauna în ordine şi cu metodă, după un plan dinainte stabilit şi să posede în gradul cel mai înalt meşteşugul, ştiinţa şi arta specialităţii.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITARA

CRITERIOLOGIE MEDICO-LEGALĂ SPECIALĂ

Medicina legală, disciplină de avizare prin excelenţă, se bazează frecvent pe stabilirea unor criterii ştiinţifice care, în conformitate cu principiile logicii medicale, dau un plus de concludenţă faptului medical.

Criteriologia medico-legală permite o evaluare ştiinţifică a faptelor medico-biologice în interesul justiţiei şi prin aceasta contribuie la formarea convingerii intime a judecătorului. Criteriile medico-legale de evaluare a faptelor medico-biologice se corelează astfel, într-un scop util, cu datele anchetei judiciare, ceea ce obligă la o atentă culegere şi interpretare a lor în raport cu principiile şi prevederile dreptului.

Faţă de alte discipline medicale, medicina legală are un specific şi domeniu propriu de lucru, care rezultă din întinderea şi scopul preocupărilor sale, fapt ce condiţionează particularităţi de metodă şi criterii de gîndire, specifice. Această gîndire vizează evaluarea medicală a „imputabilităţii" unor fapte medico-biologice, validitatea unor acte, capacitatea unor persoane etc., în care scop faptele medicale sînt interpretate într-o viziune juridică inerentă lor.

Stabilirea unor criterii ştiinţifice în evaluarea faptelor medico-biologice face parte din exigenţele justiţiei şi exercitării funcţiei de expert în stat, de unde decurge asigurarea concludenţei expertizei medico-legale bazată pe o logică ştiinţifică de nezdruncinat sau, în caz de dubii, pe fundamentarea şi demonstrarea ipotezelor sale.

Aşa cum menţionează Cazzaniga, metodele criteriologice riguroase, dar nu rigide, trebuie apreciate şi adoptate în raport de particularităţile cazului. În orice circumstanţe, avînd în vedere scopul activităţii medico-legale, aprecierea şi evaluarea faptelor medico-biologice într-o expertiză trebuie să ajute, prin criterii specifice de gîndire medico-legală, la stabilirea adevărului necesar justiţiei şi, prin aceasta, la afirmarea concludenţei faptului medical.

În fond, scopul ştiinţific al expertizei medico-legale, acela de a cunoaşte realitatea obiectivă prin descoperirea sa, afirmă *a fortiori* şi concludenţa probelor. Cum ştiinţa medicală şi medicina sînt într-o permanentă transformare, îmbogăţirea permanentă a criteriilor de apreciere se afirmă ca o strictă necesitate. Dar această îmbogăţire şi actualizare decurge şi din progresul relaţiilor sociale şi, implicit, al legislaţiei în societate. Numai utilizarea tuturor mijloacelor actuale de apropiere de adevărul obiectiv, absolut, va furniza informaţii aprofundate, adevărate şi concludente pentru justiţie. Practica medico-legală nu poate fi concepută ca desfăşurată în afara adevărului ştiinţific al lumii materiale, al certitudinii ştiinţifice. În acest sens, criteriologia medico-legală relevă normele, regulile ştiinţifice, procedeele de gîndire prin care se ajunge la cunoaşterea adevărului ştiinţific. Criteriologia (ştiinţa criteriilor) se bazează pe date directe culese din observaţii, examene, constatări proprii sau investigaţii ca şi pe date indirecte obţinute din anamneză, din anchetă etc.

Desigur că o serie de elemente medicale, cum ar fi timpul scurs de la evenimentul incriminat, capacitatea reproducerii lui condiţionează veridicitatea şi, prin aceasta, certitudinea criteriilor medico-legale de apreciere. Atare situaţii pot fi însă reduse la maximum prin respectarea metodologiei expertizei. În contextul datelor obţinute, cele obiective trebuie reţinute şi evaluate deoarece au valoare şi beneficiu maxim. Aici intră cu precădere datele exa-

menului clinic obiectiv și rezultatele investigațiilor științifice. Capacitatea expertului de a indica, selecta și interpreta faptele medico-biologice va veni major în sprijinul culegerii acestor date privind scopurile actului și investigațiilor medico-legale.

În scopul adunării datelor obiective, este evidentă necesitatea relatării complete a simptomelor subiective și obiective, epuizării, cînd este necesar, a mijloacelor de investigație ce vor apărea astfel complete și de precizie. Toate datele medicale vor fi culese cu atenție în ceea ce privește forma, sediul, întinderea, vechimea lor etc., date care, de obicei, scapă medicului terapeut, preocupat de tratament. Examenele complementare vor confirma sau infirma o constatare sau o ipoteză clinică. În toxicologie, pentru fiecare toxic și intoxicație în parte, se vor căuta criterii de evaluare a rezultatelor clinice și anatomo-patologice la datele toxicologice. Din cele de mai sus vor rezulta aspecte medico-legale critice, de constatare a contradicțiilor dintre ele și științifice, de integrare a datelor și de demonstrare a caracterului lor univoc.

Dacă în medicina clinică, avînd în vedere participarea bolnavului la vindecarea sa, datele clinice au o deosebită valoare, în medicina legală, datorită intereselor subjacente ale lezatului, valoarea lor scade, de unde necesitatea confirmării lor obligatorii prin date medicale obiective. În acest spirit trebuie preluate și argumentele individuale culese din actele medicale întocmite de medici de alte specialități. Aici trebuie reținut atent scopul pentru care s-a eliberat actul, relația concordantă sau discordantă dintre conținutul și concluziile sale (deseori concluziile nu sînt justificate de conținut), semnificația termenilor utilizați, fapt ce obligă în plus la culegerea de date proprii din examinarea și reexaminarea bolnavului. Noi considerăm că, în scop medico-legal, chiar și un diagnostic de spital trebuie uneori adecvat verificat prin studierea simptomelor, rezultatelor investigațiilor, protocoalelor operatorii și examinarea bolnavului, înainte de a elabora o judecată de valoare medico-legală. Același lucru este valabil și pentru constatările anatomo-patologice, care depind de capacitatea expertului de a recunoaște și interpreta corect modificările morfologice, de corelare a lor cu simptomele clinice etc.

Din cantitatea, calitatea, caracterul dens sau prolix al datelor culese, va decurge interpretarea obiectivă, științifică și deci concludentă a faptelor medico-legale.

Ca metodologie de lucru, expertul trebuie să știe de la început ce scop urmărește expertiza și care sînt mijloacele de utilizat pentru a da viață adevărului științific. Fără idei preconcepute, el trebuie să recurgă la criterii adecvate cazului, în scopul de a garanta valabilitatea concluziilor sale.

Criteriile de gîndire medico-legală menționate se particularizează specific pentru fiecare situație medico-legală în parte, dar, totdeauna, ele trebuie să se bazeze pe fapte. O serie de criterii generale vor opera în toate circumstanțele, dar numeroase cazuri speciale sînt susceptibile de criterii specifice adiționale.

Obiectivitatea, disciplina și utilizarea rațională a gîndirii, simțul limitelor științei medicale la un moment dat apar ca un deziderat axiologic al conduitei medicului legist. Expertul, ca auxiliar al justiției, trebuie să aibă permanent în minte aceste adevăruri dacă vrea să elaboreze o concluzie științifică, utilă. „În medicina legală nu este vorba de a discuta mai mult sau mai puțin, ci de a discuta corect și mai ales cinstit“ (Cazzaniga). Numai respectînd aceste cerințe și utilizînd criteriile de descoperire și evaluare a adevărului științific, se pot evita erorile și afirma adevărul ce servește concludenței probei medico-legale. Critica și autocritica datelor împiedică „zborul seducător și captivant al ipotezelor“, și devine „criteriul criteriilor“ în medicina legală.

Pe lîngă criteriile actualmente acceptate în stabilirea momentului morții, datei morții (care rezultă dintr-un fascicul de simptome medico-legale), arsurilor vitale față de cele post-vitale, leziunilor cranio-cerebrale patologice față de cele traumatice (hematomul subdural patologic față de cel traumatic) ce sînt de strictă erudiție, ne vom referi la cîteva situații unde criteriologia medico-legală are strînse corelații cu legislația și de unde rezultă, pe de o parte, necesitatea ca medicul legist să cunoască principiile și criteriile interpretării legii și, pe de altă parte, necesitatea ca juristul să accepte aceste criterii într-o unitate și finalitate relativă.

1. Criteriile de gîndire patogenică în aprecierea reacțiilor supravitale (de exemplu, urcarea scărilor și culcarea după o plagă a cordului; fuga pe 500 m după plăgi cardiace, după împușcare în cap; împușcare în cap și apoi întoarcerea acasă dintr-un parc; baterea unui cui de 8 cm în cap și parcurgerea pe jos a 24 km; găsirea cadavrului la 160 m de la locul unde se spînzurase; spînzurări cu supraviețuire de 9 zile, fugă de 100 m după secționarea ambelor carotide; spînzurare după împușcare cu explozia cordului etc.) decurg din:

— tipul de organ interesat și capacitatea supleerii funcțiilor vitale, avînd în vedere rolul său în economia organismului;

— intensitatea leziunilor dedusă din intensitatea reacțiilor vitale la locul lor (supraviețuirile scurte nu dau reacții la locul leziunii), constatate chiar histopatologic, histoenzimologic etc.;

— existența unor factori adjuvanți ca alcoolism, frig etc. ce cresc sau scad reactivitatea și capacitatea organismului de reacție automatică;

— starea organismului sub aspect intrinsec, al integrității organelor;

— corelarea datelor medicale de mai sus cu situația de fapt.

2. Criteriile de imputabilitate în leziuni minore suprapuse pe un fond premorbid decurg din:

— existența unui traumatism, chiar banal, dar evidențiabil în antecedentele bolnavului prin documente medicale, relatările martorilor, anchetei etc.;

— aptitudinea traumatismului de a produce, pe fondul premorbid al victimei, o situație patologică medico-legală în relație cauzală cu traumatismul, mai ales prin intensitatea sa. În practică, această aptitudine trebuie apreciată cu multă circumspecție, avînd în vedere faptul că, uneori, ambianța psihologică a unei stări conflictuale are rol în declanșarea unei situații patologice (exemplu infarctul de miocard), iar alteori, traumatismul trebuie net separat de un efort (exemplu, în geneza unei rupturi anevrismale);

— constatarea fondului premorbid, a intensității și gravității leziunilor și posibilitatea lor de a fi influențate de traumatismul în cauză (de exemplu forma unui anevrism, situația unui meninge îndemn a unei boli locale sau generale de sistem etc.). Această constatare, la rîndul ei, rezultă din criterii clinice, histopatologice, radiologice etc.;

— necesitatea stabilirii unei concordanțe de sediu între traumatism și leziunea agravată (cînd este vorba de agravări locale), sau a stabilirii mecanismului ce influențează, prin intermediul unor modificări generale, starea clinică anterioară;

— succesiunea simptomatică a suferințelor care atestă legătura lor cauzală cu traumatismul;

— în situația unor traumatisme minore urmate de efecte grave, se va adăuga în plus criteriul excluderii unei stări premorbide.

3. Relația traumatism-cardiopatie se stabilește după următoarele criterii:

— starea anterioară: în lipsa unei evidențe medicale autentice se va reține, cu valoarea unei prezumții *juris tantum*, starea integrității cardiace;

— studierea traumatismului, în sensul naturii (direct, indirect, psihoemoţional etc.), intensităţii şi localizării sale;
— se vor evidenţia efectele imediate şi eventualul interval liber;
— se vor cerceta simptomele „punte" între traumatism şi cardiopatie;
— se va stabili diagnosticul actual exact şi chiar prognosticul său în viitor;
— se va determina data consolidării şi incapacitatea de muncă rezultată.

4. Criteriile de apreciere a cruzimilor rezultă din:
— mijloacele utilizate şi aptitudinea lor de a provoca chinuri;
— împrejurările ce dovedesc ferocitatea, mai ales din modul de acţiune (violenţa în faţa mamei, de exemplu);
— personalitatea agresorului (infracţiunea comisă în timpul nenorocirii unui om);
— regiunea lovită;
— intensitatea şi multitudinea leziunilor, de unde rezultă, pregnant, chinuirea victimei. Uneori, caracterul redus al leziunilor, dar multitudinea lor conferă, de asemenea, suport real noţiunii de cruzime;
— rezultatul leziunilor provocate (complicaţii, sechele) ce prelungesc suferinţele victimei.

5. Criterii de diferenţiere a leziunilor produse prin acceleraţie (lovire), de cele produse prin deceleraţie (cădere), decurg din:
— condiţiile ce pot facilita o cădere (etilism, ateroscleroză, condiţii meteorologice, înălţime etc.);
— aptitudinea acestor factori extrinseci de a determina o cădere;
— morfologia leziunilor ce pledează pentru un tip de agent vulnerant, deseori diferit în lovire faţă de cădere;
— corespondenţa lezională cu agentul vulnerant;
— multitudinea leziunilor;
— intensitatea lor;
— localizarea leziunilor (pe părţi proeminente în cădere);
— leziunile asociate.

6. Criteriile diferenţiale ale leziunilor prin lovire activă de cele prin cădere în cuţit, sau ale leziunilor criminale ale gîtului de cele în scop de suicid rezultă din:
— forma rănii şi direcţia ei;
— localizarea rănii;
— direcţia şi gradul de penetrare a obiectului vulnerant;
— coexistenţa cu alte leziuni corporale;
— factori conecşi ai căderii (care o explică);
— fixitatea obiectului vulnerant etc.

7. Criteriile diagnosticului formei medico-legale de moarte prin împuşcare:
— locul împuşcării (regiunea rănii balistice);
— distanţa de împuşcare;
— coexistenţa sau absenţa urmelor de pulbere pe mînă etc.

8. Diagnosticul diferenţial al arsurilor vitale de cele postvitale se stabileşte pe baza unora dintre următoarele criterii:
— aspectul microscopic vital sau postvital al leziunilor de arsură;
— existenţa sau absenţa urmelor altor tipuri de violenţe;
— investigaţii toxicologice conexe;
— circumstanţele de ardere etc.

9. Criteriile de imputabilitate a unei morţi prin traumă psihică rezultă din:
— starea patologică anterioară şi aprecierea ei fiziopatologică;
— debutul şi caracterul evoluţiei simptomelor spre deces;
— simptomatologia manifestată înainte de deces;

— continuitatea de simptome între trauma psihică și deces;
— absența unor evidențe morfologice sau patologice anterioare;
— în cazul unor evidențe premorbide, în relație de condiție cu trauma psihică, se va evalua riguros această relație;
— ponderea traumatismului psihic în reactivitatea generală a victimei etc.

10. Diagnosticul diferențial al unui traumatism cranio-cerebral violent de altul accidental, obstetrical, la un nou-născut decurge din:
— existența sau absența bosei serosangvine;
— concordanța bosei cu fracturile craniene și sediul leziunilor;
— bilateralitatea, unilateralitatea sau multitudinea leziunilor;
— situația leziunii în raport de zona prezentată (sediul leziunii);
— forma anatomo-patologică a leziunii (frecvent la fracturi);
— răsunetul cerebral al traumatismului;
— aspectul morfologic al leziunilor cerebrale;
— circumstanțele traumatizării.

11. Criteriile de afirmare a avortului provocat rezultă din tipul leziunii, caracterul simptomelor, anamneză etc. Avortul traumatic însă se va defini cu ajutorul următoarelor criterii:
— vîrsta sarcinii;
— tipul traumatismului;
— sediul traumatismului;
— filiația simptomatică sau vechimea leziunilor cadaverice ale fătului reținut în uter;
— aptitudinea traumatismului de a provoca un avort;
— lipsa unei cauze patologice de avort.

12. Criteriile științifice ce definesc nașterea precipitată sau autoasistența, în scopul unor concluzii pertinente, decurg din tipul travaliului, sediul și caracterul leziunilor materne, starea bazinului, situația cordonului ombilical, dimensiunile fătului etc.

13. Criterii de definire a organului: realizarea uneia sau mai multor funcții vitale (utile vieții); organul să fie unic, să nu poată fi înlocuit anatomic (sau funcția să nu poată fi înlocuită), să producă infirmități permanente și riscuri vitale.

Prin prisma acestor criterii, s-ar putea defini un organ ca o parte diferențiată a unui organism viu, adaptată la o funcție definită, alcătuită din mai multe țesuturi sau tipuri celulare și destinată a îndeplini o funcție necesară vieții.

Ochiul (organul văzului), laringele (organul vorbirii), limba, urechile, nasul, dinții, degetele, rinichii, testiculele etc. sînt, în această definiție, organe.

14. Criteriile de stabilire și imputabilitate a leziunilor cauzatoare de moarte:
— locul aplicării lovirii (de exemplu, pe organele vitale);
— condițiile de aplicare a lovirii (în *rix* etc.);
— intensitatea lovirii (adîncimea plăgii, de exemplu);
— frecvența lovirii;
— natura obiectului folosit;
— relația infractor-victimă și atitudinea ulterioară a agresorului.

15. Aceleași criterii se pot aplica util și la *tentativa de omor* sau cînd leziunile sînt periculoase pentru viață.

16. Criteriile de apreciere a sluțirii după vătămări corporale:
— criterii estetice de modificare a înfățișării fizice;
— criterii sociale de cauzare a unor infirmități, desfigurări;
— criterii terapeutice privind posibilitatea corectării lor chirurgicale;
— caracterul iremediabil și permanent al desfigurării;

— caracterul schimbării unei înfăţişări native;
— coexistenţa sa cu suferinţe fizice, psihice, morale.

17. Criteriile recuperării medico-legale a prejudiciului fizic:

— materialitatea accidentului;
— caracterul incapacităţii (temporare ori permanente, totale ori parţiale);
— timpul vindecării în caz de *restitutio ad integrum*;
— data consolidării în stadiul sechelar;
— răsunetul profesional al complicaţiei sechelare definitive;
— prejudiciul moral, după definirea sănătăţii de către O.M.S. (durere, prejudiciu estetic, psihic, social, de agrement etc.).

Strict medico-legal, incapacitatea duce la invaliditate, iar aceasta are, ca formă morfologică, infirmitatea. Mai corect, infirmitatea apare ca un defect morfologic ce nu antrenează obligatoriu o invaliditate, aceasta rezultînd dintr-un deficit funcţional acompaniat sau nu de o incapacitate de muncă, iar incapacitatea de muncă apărînd ca rezultatul unui deficit funcţional ce antrenează o reducere a potenţialului biologic de muncă.

18. Criterii de apreciere a bolilor traumatice:

— natura traumatismului;
— intensitatea şi aptitudinea traumatismului de a crea o boală;
— natura bolii generate şi diagnosticul ei;
— gravitatea şi caracterul ei permanent;
— concordanţa de sediu a traumatismului cu organul afectat;
— timpul de apariţie a semnelor de boală după traumatism şi evoluţia lor în timp;
— inexistenţa bolii, anterior traumatismului.

Iată, de exemplu, criteriile de referinţă ale unei pancreatite sau pneumonii posttraumatice:

— natura şi intensitatea traumatismului;
— natura afecţiunii generate;
— concordanţa de sediu;
— înlănţuirea anatomo-clinică a fenomenelor;
— intervalul de imputabilitate;
— lipsa anterioară a afecţiunii;
— excluderea unei cauze străine.

19. Criterii de stabilire a automutilării:

— regiunea interesată;
— multitudinea şi caracterul leziunilor;
— starea psihică şi personalitatea autolezatului;
— caracterul unic sau multiplu al vătămărilor survenite;
— interesul subjacent.

20. Criteriile aprecierii indicaţiei de avort terapeutic:

— pericol extrem, real, actual pentru viaţă (indicaţia absolută), indiferent de probabilitatea statistică;
— pericol inerent şi datorat stării patologice create de sarcină;
— întreruperea sarcinii să facă să dispară pericolul;
— nici un alt mijloc să nu poată salva mama.

21. Criterii de apreciere a unor „reacţii medico-legale" patologice:

a) furtul patologic decurge din:
— forma de realizare a furtului (individual, în grup);
— modul de executare (stîngaci, nemotivat, la vedere, grefat de riscuri disproporţionate faţă de beneficii);
— natura obiectului furat (fetiş, banal, identice);
— destinaţia obiectului (inutil, altruist, abandonat);

— deliberarea subiectului față de furt (justificare patologică, indiferență, cinism, fără motiv);

b) piromania:

— sesizarea pericolului sau caracterul infantil al actului;

— motivația sa (răzbunare, joacă etc.);

— atitudinea după fapt (disimulare, justificare, atitudine rece);

c) fuga patologică:

— durata ei (accesuală, habituală);

— felul debutului;

— factorii care o declanșează;

— comportarea în timpul fugii;

— comportarea după fugă;

d) omorul patologic:

— atitudinea prealabilă (disimulare);

— forma de omor și gravitatea actului;

— modul de executare a actului (fără precauție);

— motivația actului (delirantă, halucinatorie etc.);

— atitudinea față de faptă (de disimulare, absența remușcărilor etc.);

— gradul perturbărilor psihice (amnezie, confuzie);

— rolul victimei (victime apropiate, îndepărtate).

Criteriile expuse permit a reține chiar o definire medico-legală a violenței fizice ca act social periculos, ilicit, exercitat asupra organismului, fără consimțămînt sau a violenței psihice ca amenințare reală cu o violență fizică, care are un caracter imediat și intens. Atare definiții au o mare importanță în criteriologia medico-legală.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ASPECTE GENERALE

În sistemele mecanice, fizice și chimice, influența externă în producerea efectului este predominantă și cauzalitatea este deschisă.

În sistemele biologice, legătura cauză-efect nu mai depinde predominant de intensitatea agenților externi. Aici, factorii interni au prioritate în determinarea efectului și cauzalitatea este autoreglatorie (prin reacție de feed-back, efectul atenuează, amplifică sau amînă cauza). De aceea, la organismele superioare, reacțiile, deși sînt mai adecvate, sînt mai puțin previzibile. Din acest motiv, cauzalitatea biologică se diferențiază pentru fiecare individ.

În sistemele vii, factorii interni: a) triază factorii externi conform condițiilor interne; b) au forță de reacție, uneori independentă. Prin acțiunea factorilor interni, efectul este: prelungit; suspendat; amînat; disproporționat; paradoxal (exemplu, reactivitatea).

Cauzalitatea oscilează între improbabil (0) și necesitate (100%); a) în cauzalitatea necesară, factorul extern reduce la 0 acțiunea factorilor interni (exemplu decapitarea de către tren); b) în cauzalitatea improbabilă, factorii interni reduc la 0 acțiunea factorilor externi (exemplu, o plagă netratată ce nu se infectează, nu se complică etc.).

Necesitatea cauzală este: 1) absolută (exemplu, secționarea carotidelor duce la moarte); 2) probabilă (exemplu, peritonita nu duce totdeauna la moarte).

Cauzalitatea probabilă se calculează după formula Gottstein:

$$B = E \cdot \frac{D}{R} \cdot C_n, \text{ în care}$$

B = efectul
E = cauza
D = predispoziția
R = rezistența organismului
C_n = condițiile

Acțiunea cauzelor externe și interne se împletește în funcție de condiții în producerea unui efect.

Cauza este actul ce întrunește caracteristici de succesiune, suficiență și necesitate. Ea determină constanța, eficiența, obligativitatea precum și tabloul principal, specific, calitativ (cu cît mișcarea materiei este mai complexă cu atît cauza este mai complicată). Exemplu, cauza ce are aptitudinea de a produce moartea, indiferent de premorbiditate, solicitarea asistenței medicale, calitatea ei etc.

Cauza se deduce, de regulă, din cercetarea efectului.

Condiția este fenomenul care face ca: 1) aceeași cauză să aibă efecte variabile (în funcție de organism); 2) același efect să fie consecutiv unor cauze diferite. Condiția imprimă efectului particularități suplimentare, cum ar fi momentul producerii lui, aspectul variabil de la caz la caz etc. Multitudinea condițiilor permite acțiunea declanșatoare a cauzei.

Condițiile pot fi preexistente, simultane sau subsecvente cauzei. Cu cît domeniul de mișcare al materiei este mai complex, cu atît rolul condițiilor este mai important. Dificultatea aprecierii cauzalității în sistemele vii decurge din dificultatea deosebirii cauzei de condiții. În anumite situații, condițiile pot deveni cauză (cauzalizarea condițiilor), deși fenomenul determinat de condiții și nu de cauze devine întîmplător.

Interferența cauză-condiții obligă la abordarea specifică, concretă, a cauzalității.

Cauzalitatea medico-legală rezultă material și conceptual din cauzalitatea biologică și cea social-juridică, pentru că:

— ține cont de rolul efectului și condițiilor în biologie;

— ține cont de semnificația socială a acțiunilor umane în drept (exemplu *dol ex re*: lovirea ușoară a capului ce duce la moarte). În drept, condiția devine cauză (exemplu: lovirea ușoară a unui bolnav urmată de exitus). În acest mod, lovirea (cauza cu semnificație antisocială) unui bolnav (premorbiditatea avînd rol de condiție biologică) duce la realizarea cauzalității medico-legale.

Deducerea cauzei din cercetarea *efectului* și *separarea* sa de condițiile ce îi creează climat de acțiune devine problema *practică* cea mai importantă a *cauzalității medico-legale.*

Interferența cauzei cu condițiile realizează următoarele tipuri de *cauzalități:*

A. Cauzalitate: 1) principală (primară), exemplu: zdrobirea capului duce la moarte; 2) secundară, exemplu: complicații consecutive traumatismului de tip inflamator, distrofic, circulator (tromboze sau infarcte) sau productiv ca aderențe și mixte, care duc la moarte.

Condițiile cauzalității secundare se referă la:

— realitatea traumatismului;

— intensitatea traumatismului;

— filiația de simptome;

— absența bolii înaintea traumatismului;

— concordanța de sediu (uneori, și de la caz la caz).

B. Cauzalitate: 1) directă (nemijlocită); 2) indirectă, mijlocită de factori: a) interni (premorbiditate); b) externi (lipsa ajutorului medical); c) micști (reactivitatea și calitatea tratamentului).

Condițiile cauzalității indirecte (agravate) se referă la:

— realitatea vătămării;

— constatarea obiectivă a agravării;

— aptitudinea vătămării de a agrava;

— concordanța de sediu;

— continuitatea în timp.

C. Cauzalitate: 1) concuratoare, cînd acționează leziuni concomitente de gravitate egală; 2) succesivă: a) preexistentă sau b) subsecventă, cînd acționează leziuni de gravitate diferită și în timp; 3) asociată, cînd acționează leziuni multiple, de gravitate diferită dar concomitente.

D. Cauzalitate 1) esențială (cauza are rol major); 2) neesențială (condițiile au rol major).

E. Cauzalitate 1) univocă (necesară și suficientă); 2) neunivocă (probabilă și estimabilă statistic) care, la rîndul ei, poate fi: a) previzibilă (statistic); b) imprevizibilă (întîmplătoare).

Situații aplicative

1. Lovire ușoară → infarct miocardic → exitus = cauzalitate indirectă (dacă autorul a știut că victima este bolnavă), sau = cauzalitate imprevizibilă juridic dar existentă biologic, dacă autorul nu a știut că victima este bolnavă.

2. Lovire ușoară pe un cord cu miocardită acută → exitus = cauzalitate absentă.

3. Lovire ușoară → anevrism aortă ce se rupe → exitus = cauzalitate biologică prezentă, cauzalitate juridică absentă dacă autorul nu a știut că victima este bolnavă și nu a prevăzut efectul.

4. Lovire → abandon al victimei în frig → exitus = cauzalitate indirectă.

5. Traumatism → poziție de decubit prin imobilizare → pneumonie hipostatică = cauzalitate mijlocită.

6. Traumatism minor + proces infecțios intercurent → exitus = cauzalitate absentă.

7. Traumatism → internare → stare de agitație → fugă din spital → accident = caz fortuit (lipsa cauzalității juridice dar prezența celei biologice).

8. Traumatism → internare → incendiul spitalului = caz fortuit dar în prezența cauzalității biologice.

Exemple de cauzalitate medico-legală :

— Lovirea capului la un bolnav cu trombopenie, urmată de hematom intercerebral și exitus.

— Lovirea abdomenului cu ruperea unui chist hidatic și șoc anafilactic.

— Traumatism cranian urmat de fistulă LCR cu meningită purulentă, apoi encefalopatie cronică, meningită recidivantă și epilepsie cu exitus în timpul unei crize epileptice.

— Traumatism cranian (cauza) urmat de arahnoidită cu cecitate, ce impune o intervenție operatorie urmată de un accident anestezic (condiția), ce duce la exitus.

— Traumatism corporal urmat de ulcer perforat ce indică o transfuzie după care se produce o hepatită epidemică cu sechele.

— Traumatism (cauza) ce impune un tratament cu penicilină urmat de șoc anafilactic (condiție) și apoi exitus.

— Traumatism abdominal (cauza) urmat de ruptura vezicii urinare nediagnosticată și neoperată (condiție), ce se complică cu peritonită și apoi exitus.

— Traumatism (cauză) cu refuzul tratamentului de către bolnav (condiția), urmat de exitus.

Exemple de lipsă a cauzalității medico-legale

Traumatism minor (factor extern) la un bolnav cu leucemie care constituie cauza morții. Traumatismul nu a avut nici o contribuție (rol de condiție) în producerea morții.

Nivele de cauzalitate medico-legală

— directă (violentă): cauză → efect;

— indirectă pozitivă (predominant violentă): cauză → condiții violente → efect;

— indirectă negativă (predominant patologică): cauză → condiții patologice → efect;

— patologică: cauză neviolentă → efect.

Modalități de formulare (de transformare prin cercetare științifică a unor ipoteze în teze):

„Cauza (accidentul, lovirea) a produs în mod direct efectul (moartea)".

„În condiția de premorbiditate existentă, leziunile (cauza) au generat efectul (moartea)".

„Cauza morții, datorită traumatismului, a fost condiționată de lipsa tratamentului" etc. etc.

Concluzii

— Există raport de cauzalitate ori de cîte ori cauza generează direct efectul.

— Există raport de cauzalitate ori de cîte ori cauza generează tardiv efectul.

— Există raport de cauzalitate și atunci cînd cauza acționează într-un complex de condiții.

— Există raport de cauzalitate atunci cînd efectul s-ar fi produs și datorită altor cauze.

— Există raport de cauzalitate cînd efectul nu se producea fără existența unor condiții.

— Există raport de cauzalitate cînd condițiile modifică acțiunea cauzei, producînd efecte paradoxale, amînate, disproporționate.

— Nu există raport de cauzalitate atunci cînd agentul extern nu are rol de cauză sau condiție.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

REGULI ŞI DIFICULTĂŢI PRIVIND CONVERTIREA FAPTULUI MEDICAL ÎN MIJLOC DE PROBĂ

Problema greşelilor şi erorilor în munca de expertiză impune o discuţie despre contextul etic în care se desfăşoară această muncă, cu înţelegerea coordonatelor şi cerinţelor sale de ordin deontologic.

Rezonanţa socială a erorii judiciare este mare, iar responsabilitatea celui care a făcut o eroare de expertiză şi a condiţionat o eroare judiciară, în afara discuţiilor. Principiul după care „un juge a tous les droits sauf celui de se tromper" este întru totul valabil şi pentru expert. Practica medicală este, în mod inerent, expusă la erori şi se pare că, cu cît un medic este mai activ, cu atît riscă să facă mai multe erori. Este necesar să tindem ca aceste erori să nu prejudicieze bolnavul sau justiţia. În practica medico-legală, efectele erorilor de expertiză sînt incalculabile şi, de aceea, trebuie să le analizăm, să le cunoaştem şi să le reducem.

Faţă de dotarea actuală şi posibilităţile terapeutice ori experimentale ale medicinei, încrederea organelor de urmărire penală şi a părţilor în medicul legist trebuie să crească. Pentru aceasta, medicul legist trebuie ca, utilizînd progresul ştiinţific medical în interesul justiţiei, să ştie să rămînă un om plin de solicitudine, prudenţă şi conştiinciozitate. Numai aceste calităţi morale vor face ca cele două părţi într-un proces să aibă încredere în actul său, act care nu vizează altceva decît a ajuta la stabilirea adevărului.

Dar, aşa cum boala face parte din uman şi umanitate, tot aşa şi activitatea medicului legist este indispensabilă justiţiei unde omul aduce suferinţele şi trăirile sale. Medicina legală ca profesie a presupus întotdeauna, dar mai ales în condiţiile progresului tehnic şi relaţiilor noi socialiste din ţara noastră, o atitudine etico-psihologică faţă de bolnav, societate şi drept. Dacă progresul tehnic, în general incontestabil, a avut totuşi limitări în raport de timp şi spaţiu, atitudinea etică faţă de obligaţiile profesionale a conferit practicii medico-legale elementul de permanenţă şi de grandoare în faţa justiţiei şi societăţii.

Succesul actului medico-legal depinde de o bună organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare, de conştiinţa şi competenţa profesională a cadrelor medicale. Aceste condiţii solicită medicului legist o deosebită cultură social-juridică şi umanistă, bazată pe afectivitate şi inserţie socială totală, deoarece el se ocupă de om ca valoare socială supremă. De asemenea, ele cer medicului deosebit tact şi pondere în judecarea concluziilor sale. Epoca actuală, în care viaţa modernă aduce o codificare şi legiferare din ce în ce mai accentuată a diferitelor compartimente de viaţă, obligă medicul la un simţ acut al previzibilităţii şi anticipării pentru a evita greşelile, totdeauna posibile. Dacă activitatea medicului în general este o întîlnire între o încredere şi o conştiinţă, activitatea medicului legist poartă aceeaşi amprentă a întîlnirii dintre încrederea justiţiei şi părţilor în adevărul ştiinţific şi conştiinţa sa profesională. Medicul legist trebuie să răspundă totdeauna acestei încrederi angajante pentru a da fundament ştiinţific abnegaţiei sale profesionale. Dar, pentru aceasta el are nevoie de vocaţie profesională, de chemare, fără de care nu se poate concepe un autentic sentiment de responsabilitate individuală.

Etica medicului legist implică, în primul rînd, o inserţie social-juridică totală, medicina legală fiind prin excelenţă o activitate socială. În cadrul acestei

prize de conștiință privind rolul social al misiunii sale, se include înțelegerea mesajului specialității ca și înțelegerea eventualelor implicații ale actului medico-legal, raportarea permanentă a activității sale la interesele societății și, prin aceasta, la interesele omului.

Dar, medicina fiind un domeniu prin excelență al umanului, medicina legală nu exonerează de la această atitudine în care se include grija și abnegația față de îndatoririle sale, față de om, față de adevăr, față de lege, ca expresie a umanismului integral realizat în societatea noastră.

Medicina legală concepută individualist, sectar, a cedat locul unei activități colective, de echipă, în care mai mulți experți își conjugă efortul pentru adevăr. Socialismul a descătușat practica medico-legală de servituțile individualismului și relațiilor amiabile pecuniar condiționate, redîndu-i semnificația sa cu adevărat uman socială, oficială și pusă exclusiv în slujba adevărului științific.

Cunoașterea acestor principii deontologice, particularizate la practica medicală, sînt în măsură, prin interiorizarea lor axiologică, să contribuie activ la progresul relațiilor social-juridice care reglementează această profesiune, la potențarea rezultatelor profesionale ale medicului legist.

Se poate afirma că unui medic legist, conștient de mesajul social-uman al medicinei legale, i se cer astăzi cîteva calități:

Competență profesională: efectele ignoranței profesionale sînt incalculabile în medicina legală. Orice incompetență echivalează cu o necinste față de interesele societății și părților. Calitatea muncii medico-legale depinde direct de nivelul calificării și competenței profesionale a medicului și, în condițiile principiilor de drept și dreptate în care adevărul trebuie să fie stabilit cu orice preț, medicul legist își asumă o grea răspundere dacă prejudiciază acest adevăr prin incompetența sa. Așa cum un bolnav nu poate fi privat de un drept la sănătate prin incompetență sau prin slaba competență a medicului, tot așa și medicul legist nu poate prejudicia realizarea justiției prin lacunele sale profesionale. Pregătirea postuniversitară, obligatorie prin lege, tinde a umple permanent acest hiatus dintre progresul medicinei și informarea zilnică. Nimic afară de informare corectă, practică permanentă și cercetare asiduă nu poate suplini lipsa de competență.

Medicul legist trebuie să dovedească apoi *conștiinciozitate* în exercitarea sarcinilor profesionale. Competența nu ajunge medicului legist dacă nu este dublată și de conștiinciozitate în îndeplinirea sarcinilor, de atenție față de materialul de analizat, de spirit de observație, putere de muncă și sacrificiu. Multe erori și greșeli se pot datora superficialității muncii unui medic legist, chiar bine pregătit.

Medicul legist trebuie să știe să-și asume *responsabilități* în interesul societății și justiției. El trebuie educat în spiritul capacității de a se decide, de a-și asuma răspunderi, de a lucra descătușat de sentimentul fricii și al responsabilității greșit înțelese, mai ales atunci cînd activitatea sa se desfășoară solitar și este expusă la critici, cînd este privit cu rezerve sau neîncredere. El nu poate răspunde unor astfel de atitudini decît printr-un plus de competență, conștiință și devotament profesional.

Prudența în concluzii este necesară medicului legist ori de cîte ori faptele medicale se opun unor concluzii certe, pertinente. În atare împrejurări este bine ca el să manifeste o „îndoială optimistă", puțin „scepticism prudent" care este mai util progresului medico-legal decît încrederea absolută în forțele și valoarea probantă a concluziilor sale. Într-un domeniu atît de precis, cum este acel al concluziilor medico-legale, prudența este indispensabilă pentru

a nu duce pe jurist în eroare prin enunțarea de concluzii categorice care nu se justifică de faptele medicale. Este bine ca un medic să nu anticipeze nici o soluție fără cercetarea faptelor medicale, nici chiar în forul său interior, ori de cîte ori va avea vreo îndoială, vreo rezervă cu privire la faptele analizate ce trebuie să stea la baza tezelor sale. În același timp, în munca de expertiză medico-legală, cea mai mică îndoială trebuie afirmată și clar exprimată, dacă dorim să ne facem corect datoria. Chiar o concluzie probabilă este utilă justiției, prin însuși faptul că nu exclude un fapt. Nici sub amenințarea unui sentiment de umilință profesională, medicului legist nu-i este permis a nu-și afirma îndoiala. Brouardel spunea: „Il n'est par humiliant pour le médecin lorsq'il a fait les recherches les plus consciensieuses d'annoncer qu'il ne sait pas. Il serait humiliant pour lui d'être obligé de reconnaître qu'il s'est trompé".

Medicul legist trebuie, în sfîrșit, să lucreze cu *devotament* și abnegație pentru îndeplinirea misiunii sale, cu dăruire totală, fără de care nu se poate realiza mesajul social uman al acestei profesiuni.

Expertiza medico-legală se impune în ochii profesionistului ca un act medical ce implică o relație interumană între medic și bolnav, pe de o parte, între medic și societate, pe de altă parte. Ca orice act medical, expertiza medico-legală are un versant psihologic și altul juridic, științific și gnoseologic. Versantul juridic implică respectarea strictă a adevărului științific, medicul legist fiind omul acestui adevăr în exclusivitate. Aceasta însă nu exclude versantul psihologic al bolnavului, reacțiile sale față de drept și dreptate, față de concluziile medico-legale. Noi credem că nu este deontologic a considera expertiza ca un act ce se desistă de la legile psihologiei și eticii medicale. Cauza multor erori în abaterile etico-psihologice confirmă aceasta. Medicul legist este un auxiliar al justiției, un apărător al ideii de adevăr științific, dar va face și psihoterapie, va rămîne medic, va risipi o angoasă, va da lezatului o speranță. Se știe ce anxietăți putem declanșa prin complexitatea problemelor medico-legale ce le prezentăm deformat bolnavului, sau printr-un act medico-legal efectuat într-un context etico-psihologic inadecvat, cum putem declanșa o stare conflictuală, litigioasă. Expertul nu trebuie nici un moment să lase impresia că este adeptul unei adevărate „jurisdicții", pentru a nu declanșa sau accentua o situație judiciară și a apărea insecurizant pentru bolnav; și ori de cîte ori medicul legist devine insecurizant pentru bolnav, se opune unui transfer afectiv, riscă a lua figură de „acuzator", ceea ce devine prejudiciabil. Din atitudinea moral-psihologică a expertului, părțile nu trebuie să vadă în el un „inamic al intereselor lor" pentru că, în această situație, bolnavul se va considera totdeauna victima unei nedreptăți din partea medicului, se va considera neascultat, rău înțeles și prejudiciat social. De aceea, expertiza trebuie să fie un moment psihologic medical în evoluția lezatului iar opiniile diferite, departe de a se opune, trebuie să devină complementare, vizînd același scop. Medicul legist trebuie să știe că decizia sa nu este o decizie fără apel și de aceea, prin toată activitatea sa, va trebui să caute să obțină adeziunea bolnavului la decizia sa.

Poziția și drepturile persoanei în procesul judiciar multiplică rolul și sarcinile medicinei legale. Evoluția dreptului multiplică nevoile de expertiză medico-legală ca și aspirațiile ei spre calitate iar evoluția medicinei complică enorm expertiza, spunea Müller. De aceea, medicul legist, înainte de a fi omul unei școli, trebuie să fie omul adevărului medical, în care scop trebuie să cunoască perfect tehnica, să aibă grijă de evidențierea perfectă a detaliilor, să ignore orice idei apriorice și să nu fie partizanul unei singure teorii. Ori de cîte ori va accepta o expertiză fără a cunoaște aceste reguli judiciare, psihologice și morale, va angaja serios responsabilitatea sa, tot așa cum medicul

curant şi-ar angaja răspunderea dacă ar prescrie medicamente cărora le-ar ignora efectele.

Medicul legist are o datorie de diligenţă, prudenţă şi grijă pentru om, ca şi de imparţialitate atît pentru agresor cît şi pentru victimă. Criteriile delimitative dintre interesele părţilor sînt numai judiciare şi ele nu interesează medicul, care nu poate fi decît omul adevărului ştiinţific. Mai mult, dacă medicul legist este obligat a nu exonera de la principiile perene de ordin etic şi deontologic ale practicii medicale, el trebuie să aibă o instruire suplimentară în probleme de drept pentru a fi capabil de a traduce medicina în termenii utilizabili ai justiţiei. De aceea, justiţia, pentru a nu fi fragilă, pentru a tinde spre perfecţiune, se bazează din ce în ce mai mult pe expertize, ştiut fiind că erorile unui martor, chiar de bună credinţă, pot fi ample.

Dacă cele trei elemente ale unei expertize sînt: constatarea unui fapt concret, care să reflecte o teză ştiinţifică confirmată de practică şi să permită aplicarea la caz a concluziei ştiinţifice date, atunci calităţile unei expertize ideale, după Sheppard, ar fi:

— capacitatea de a evalua obiectiv cauza;

— autonomia critică a concluziilor;

— imparţialitatea faptelor atestate;

— utilizarea oricăror raporturi interpersonale oneste pentru înţelegerea justă a cauzei. În acest sens, „colegiile" de expertiză apar cerute de dezvoltarea ştiinţei medicale actuale. Fără a fi în exclusivitate adepţii monopolului expertizelor medico-legale, nu putem totuşi să nu semnalăm realitatea unor condiţii ideale ale expertizei ce nu se pot realiza decît într-un colegiu de expertiză, într-un grup medical ale cărui reguli de conduită profesională, departe de a fi rigide, sînt mai severe în interpretarea şi elaborarea faptului probator. Acest cadru de lucru, închis doar prin spiritul legii (oficializarea expertizei), dar deschis prin aprecierea permanentă a concluziilor sale de către jurist, medicină şi societate, nu exclude stilul de lucru contradictoriu, dar se opune spiritului funcţionăresc ce diminuează coeficientul de concludenţă al expertizei.

Cum concludenţa probei medico-legale implică o eliminare progresivă a concluziilor probabile din expertiză prin epuizarea cercetării ştiinţifice dar şi printr-o înţelegere a climatului etico-juridic de desfăşurare a adevărului medical ce condiţionează pe cel juridic, ea obligă gnoseologic la abordarea limitelor dintre eroare şi adevăr, a cauzelor erorilor şi mijloacelor lor de profilaxie în expertiza medico-legală.

Riscul erorii în expertiză este o realitate ce trebuie abordată deoarece, în epoca progresului tehnic de astăzi, riscurile cresc şi tind oarecum a se substitui, în unele situaţii, principiilor abstracte ale dreptului. Nu trebuie să uităm că şi modalitatea medico-legală de a gîndi poate prezenta riscuri, atît pentru medicul legist cît şi pentru alţii.

Dacă într-o expertiză cele mai bune concluzii sînt acelea ce se apropie la maximum, pînă la identitate, de adevăr, atunci tot ce se opune acestui proces progresiv de cunoaştere poate duce la erori.

Cauzele erorilor medico-legale se pot datora:

— expertului care nu are cunoştinţe temeinice, care este superficial în activitatea sa, efectuînd examinări incomplete ori superficiale, care este imprudent sau neglijent în exercitarea atribuţiilor sale. Deseori cauzele de erori ce ţin de expert pleacă şi de la calitatea judecăţilor sale influenţate de vanitate şi orgoliu, de înclinare spre cazuri rare, spre concluzii lipsite de logică medicală, spre păreri preconcepute;

— o altă categorie de cauze de erori rezidă în artefactele de laborator ce se datoresc tehnicii, de unde necesitatea posedării perfecte a ABC-ului unei tehnici, a limitelor și capcanelor sale. Fetișizarea tehnicii poate duce la grave erori în expertiză. În ciuda progresului tehnic de azi, riscul de a greși în investigații persistă;

— erorile în expertiză se pot datora și colaboratorilor medicului legist, fie prin excesul de influență sau indiferență a anchetatorului, fie prin acceptarea necritică a concluziilor unor examinări medicale. De asemenea, o serie de erori pot proveni din partea auxiliarilor expertului.

Din alt punct de vedere, cauzele erorilor pot fi de ordin obiectiv și subiectiv.

Cauzele obiective țin de boală, care nu se developează total, nu evidențiază leziuni etc., sau țin de bolnav, ce simulează, disimulează etc. Tot cauze obiective sînt și acelea datorate medicinei, mecanizarea și tendința la automatizare din care a rezultat un tehnicism medical îngust, pe lîngă dezumanizarea actului medical, nereușind să evite riscul erorilor. În medicină, tehnica trebuie să fie „un mijloc, nu un țel", să fie supusă permanent spiritului critic și gîndirii creatoare a medicului. Mai mult, transformarea medicului legist într-un funcționar, datorită multiplelor sale sarcini de birou, administrative etc., constituie o altă latură a riscului de erori.

Cauzele subiective ale erorilor medico-legale țin de medicul legist și se referă la:

— necunoașterea obligațiilor sale profesionale în care, deseori, sinteza faptelor medicale apare ca un prim element de expertiză;

— efectuarea de examene incomplete, superficiale, ce nu permit a intra în profunzimea lucrurilor;

— lipsa de experiență practică;

— depășirea competenței ca, de exemplu, în stabilirea diagnosticului formei medico-legale de moarte, neglijînd faptul că omorul, accidentul, sînt definite prin semne ce nu au totdeauna relație cu medicina legală;

— gîndirea greșită în care se observă tendința la concluzii categorice, la idei preconcepute sau la raționamente analoage prin neutilizarea silogismelor disjunctive, de excludere a concluziilor puțin probabile, pentru a rămîne la cele mai probabile. La fel, în situația folosirii silogismelor condiționate, categorice. De exemplu, se trag concluzii greșite din elemente exacte sau invers, concluzii logice din elemente false;

— neconfimarea prin laborator a constatărilor sale.

În categoria cauzelor subiective, un mare rol îl au erorile morale, printre care teama de răspundere, neîncrederea în sine, atitudinea temerară, delegarea sarcinilor proprii, lipsa de organizare a muncii, lipsa de control a subalternilor, comportamentul birocratic, consumul de alcool etc. Alteori, eroarea rezidă în lipsa unei concepții exigente despre îndeplinirea sarcinilor de medic legist. În toate aceste împrejurări, lipsa de educație etică nu sprijină randamentul profesional și duce la scăderea simțului de responsabilitate profesională.

Medicul legist este un mediator între medicină, bolnavi și societate, de unde decurge caracterul social al activității sale. El nu trebuie să uite nici un moment gravitatea și ponderea acestor lacune etice în etiologia erorilor medico-legale, ci, dimpotrivă, să fie incitat, prin recunoașterea greșelii sale, la o adevărată profesiune de credință, la repararea conștientă a prejudiciilor posibile.

În medicina legală, greșeala nerecunoscută devine o crimă prin implicațiile ei, dar, dimpotrivă, recunoașterea greșelii capătă o forță vitală și face profilaxia ei. Cum în orice greșeală există un adevăr din care se poate învăța, medi-

cul legist, mai mult decît alți medici, este obligat la o profesiune de credință în scopul de a reduce din erorile sale posibile.

Unele greșeli, ce devin imputabile, se pot datora și abstenției sau întîrzierilor examinării ce compromit rezultatele expertizei, abstenție-greșeală pe care medicul legist și-o asumă ori de cîte ori nu face un examen care ar fi în măsură să stabilească diagnosticul și să elucideze cazul, examen care era posibil a fi indicat și efectuat.

Alteori, comportamentul necorespunzător, lipsa spiritului de echipă condiționează atare erori.

Între eroare și cazurile nenorocite se poate situa exercitarea infracțională sau iresponsabilă a dreptului de medic legist, care duce la incompatibilitatea exercitării acestei profesiuni.

Delimitarea erorii de greșeală devine dificilă în practica medicală, în general, și cea medico-legală, în special. Definită ca un act medico-legal care are loc în aceleași condiții, este înconjurată de ezitări ale medicului și de dificultăți de decizie, eroarea se va deosebi de greșeală ca un act medico-legal rău realizat, care nu se reproduce dacă se reîntîlnesc aceleași condiții.

Dacă erorile medicale sînt oarecum inerente și reductibile prin progresul medical, greșelile nu sînt inerente ci reductibile prin competență și conștiință profesională. Ca și în medicină, în general, și în medicina legală, în special, limitele dintre eroarea scuzabilă și nescuzabilă, dintre eroarea de drept și cea de fapt sînt greu de stabilit, cu atît mai mult cu cît progresul medical implică eșecuri, riscuri, erori. În expertiza medico-legală există deseori un coeficient de eroare, acel inerent oricărei activități umane, mai ales medicale, dar criteriile sale de apreciere nu mai pot fi, astăzi, acele ale unui om mediu ci ale unui om prudent, exigent, așa cum medicina și contextul relațiilor sale sociale de exercitare o implică. Astfel, o greșeală medicală se va stabili nu după o obligație profesională medie ci după îndeplinirea conștiincioasă și conformă cu regulile științifice ale acestei obligații. Numai astfel se poate face o profilaxie eficace a erorilor judiciare.

Discutate sub aspectul lacunelor medico-legale, expertizele pot fi insuficiente, contradictorii, eronate sau neconvingătoare. După unii autori, caracterul de neconcludență a expertizei decurge din lipsa ei de convingere în raport de experiența vieții, de logica bunului simț, de datele științifice și de celelalte probe. Alteori, rejetul prin neconvingere a expertizei se datorește excesului tehnic în care este prezentată.

După enumerarea cauzelor erorilor de expertiză medico-legală, să vedem cum se reflectă aceste cauze în practica medico-legală.

Spre deosebire de un diagnostic clinic, un diagnostic medico-legal trebuie să includă, pe lîngă starea patologică prezentă, o serie de factori conecși, care privesc realitatea traumatismului, mecanismul său de acțiune (patogenia sa), condițiile în care traumatismul a acționat, gravitatea consecințelor sale sociale etc. Luarea în considerație a acestor factori face ca diagnosticul medico-legal, deși mult elucidat și căpătînd în concludență prin investigațiile făcute, să nu se poată dispensa de acel simț anatomo-clinic și medico-legal ce implică o cunoaștere detaliată a antecedentelor și istoricul faptelor medicale, înțelegerea critică a faptelor culese prin toate mijloacele la îndemînă și integrarea lor constructivă într-un diagnostic final. Pînă la un punct, indicația investigațiilor complementare rămîne subordonată simțului anatomo-clinic și medico-legal al medicului legist, care, pe bază de competență, experiență practică și raționamente juste, trebuie să intuiască aportul lor în diagnostic, să le focalizeze în scop diagnostic. Sub acest aspect, simțul medico-legal ar putea fi definit ca „aptitudinea de a evalua rapid, complet și corect" o situație medico-

legală și el decurge din documentare teoretică, observație practică și raționamente corecte. Departe de a fetișiza investigațiile, medicul legist trebuie să-și dezvolte un simț medico-legal prin spirit de observație, prin integrarea tuturor faptelor medico-legale într-o unitate corelativă, prin sinteza lor logică. Afirmația lui P.V.Radot, după care examenul medical este faptul inițial, terminal și capital al unui diagnostic, este întru totul valabilă și pentru medicul legist, care nu poate abdica de la examinarea corectă a cazurilor, de la intuirea problemelor medico-legale pe care le implică, de la aportul unor examinări anatomo-clinice minuțioase.

În primul rînd, medicul legist trebuie să facă un examen complet pentru „a nu risca 10 greșeli prin neglijarea acestei realități la o greșeală prin ignoranță".

Verificarea diagnosticului prin toate constatările medicale și apoi prin celelalte probe judiciare va da certitudine ipotezelor, uneori prezumtiv elaborate. Atunci cînd medicul legist are elemente certe de diagnostic, verificarea de către anchetă, prin celelalte probe cu care el va concorda, va apărea ca un fapt inerent avînd în vedere caracterul științific al probei medico-legale. În situația în care diagnosticul medico-legal este ipotetic, verificarea de către anchetă cu ajutorul celorlalte probe devine o condiție esențială. Pînă la această confirmare, concluzia medico-legală rămîne o ipoteză de lucru.

Pentru medicul legist este tot atît de valabil adevărul general că cel mai bun diagnostic medico-legal este acel ce se apropie cel mai mult de adevăr și a fost stabilit cu mijloacele cele mai simple.

Greșelile de diagnostic medico-legal, în ciuda posibilităților tehnice ce nivelează posibilitățile noastre individuale de lucru, persistă încă. Aceste lacune se referă la diagnostice medico-legale incomplete, ce omit stadiul de boală, complicațiile sale etc., sau la diagnostice greșite, mai ales prin neverificarea lor. Medicul legist nu trebuie să uite că un diagnostic complet și corect implică raționamente corecte, bazate exclusiv pe fapte precum și o verificare în practică (de către celelalte probe). Ori de cîte ori se interpretează greșit sau se subapreciază datele anatomo-clinice, ori de cîte ori se supraapreciază rezultatele examenelor de laborator minimalizîndu-se datele examenului anatomo-clinic, se pot comite erori de diagnostic medico-legal.

Tendința spre concluzii prea categorice, spre raționamente analoage, spre idei preconcepute rezultate uneori dintr-o specializare excesivă sau din orgoliu, expun la greșeli de diagnostic medico-legal. Unele silogisme categorice se vor folosi numai atunci cînd leziunile sau simptomele sînt patognomonice. În rest este bine a se folosi silogisme condiționat categorice sau disjunctive, de excludere a concluziilor mai puțin probabile spre a rămîne la cele mai probabile, care, obligatoriu, trebuie confirmate de practica probelor judiciare.

Renunțarea la un diagnostic medico-legal nu trebuie impusă decît de stări de necesitate (putrefacție avansată, epuizarea probelor etc.), excepționale astăzi.

Examinarea superficială, neadecvată sau în fugă, este cea mai frecventă cauză de diagnostic medico-legal eronat, deoarece omite inventarierea tuturor leziunilor, riscă lipsa lor de evidențiere și duce, prin aceasta, la interpretări unilaterale.

Omiterea examenelor complementare este un prejudiciu serios pentru concludența concluziilor medico-legale. În practică, un diagnostic de ciroză hepatică nu a exclus o intoxicație cu stricnină, după cum un diagnostic de stare colapsoidă prin infarct nu a exclus o intoxicație cu arsen.

Minimalizarea datelor clinice subiective sau obiective se poate preta, de asemenea, la erori, ca atunci cînd simptomele subiective, de suferință post-

traumatică, nu sînt suficient obiectivate, sau ca atunci cînd nu se sesizează caracterul penetrant, pentru conținutul cavității craniene, al unei plăgi banale, ce duce la comă și moarte.

Alteori, prelevarea defectuoasă a materialului biologic pentru examene complementare antrenează erori grave. Prelevarea greșită a alcoolului determină ca totdeauna o concentrație mare, letală, în contrast cu o altă cauză ce explică decesul, să fie reținută drept eroare. La fel, nefixarea corectă a organelor ce duce la artefacte.

Lipsa diagnosticului diferențial corect între leziunile vitale și cele postvitale se pretează la erori care sînt dificil de corectat ulterior. Lipsa diagnosticului de reacții vitale la un carbonizat sau de reacții vitale ale gîtului la un cadavru ce stătuse cu fața în jos, care în realitate erau lividități, au antrenat astfel la erori.

Alteori, incompetența aprecierii raportului de cauzalitate determină la erori. Astfel, un medic exclude complet orice legătură cauzală între un traumatism și o perforație de ulcer gastric, după cum altul susține relația cauzală, în cazul unei plăgi banale cu înfundarea tăbliei externe și deces prin leucemie limfatică cronică.

În dorința de a fi util, medicul legist își poate uneori baza concluziile pe deducții și nu pe fapte științifice; astfel, s-a stabilit diagnosticul de avort provocat datorită exclusiv febrei și antecedentelor, ignorîndu-se lipsa semnelor obiective și derutîndu-se ancheta.

Unele erori de diagnostic se datoresc și preluării necritice a concluziilor clinicienilor sau a explorărilor făcute.

Cum unele greșeli de diagnostic medico-legal pot avea și cauze logice, cele mai frecvente situații s-ar putea referi la cele expuse în continuare.

Substituirea tezei, atunci cînd expertul omite a răspunde la întrebările puse: pentru aceasta, este bine ca medicul legist să aprofundeze caracteristicile și conținutul întrebărilor și să evite răspunsurile evazive.

Alteori se schimbă sensul noțional în răspunsurile date, vorbindu-se, de exemplu, de hemoragie miocardică în loc de infarct de miocard. Faptul implică o cunoaștere adecvată a conținutului nosologic al diferitelor entități anatomo-clinice și medico-legale.

Se greșește, apoi, eludîndu-se indicația măsurilor la caz și apreciindu-se în general o indicație medicală.

Alte greșeli se datoresc anticipării realului cînd, în calitate de argument, se utilizează o situație ce necesită o argumentare proprie, dar valabilă pentru altă situație. Va fi astfel firesc să nu se stabilească o conduită inadecvată a medicului pentru un diagnostic ce nu a putut fi confirmat la autopsie.

Greșeala cercului vicios apare atunci cînd medicul se lasă influențat în concluziile sale de datele anchetei sau consideră că aceasta confirmă ipoteza sa, nemaiverificînd pînă la capăt faptele medicale. Chiar atunci cînd lucrurile par peremptorii, medicul legist trebuie să-și exprime concluziile.

Prin rătăcire de bază se înțelege greșeala logică a medicului legist care, pentru dovedirea unei stări utilizează argumente false, ca în cazul insuficienței investigațiilor clinice sau caracterului lor eronat.

Noțiunea de dovadă exagerată intervine atunci cînd o situație este susținută ca reală, în limite ce depășesc competența medicului. Astfel, orice leziune a cordului îi apare direct mortală, chiar dacă unele persoane supraviețuiesc.

Se uită apoi adevărul logic că cine dovedește foarte puțin nu poate dovedi nimic, că, de exemplu, o persoană a murit prin oprirea cordului sau că multe greșeli logice pot rezulta și din contradicția simptomelor.

Greşelile logice ce decurg imaginar apar atunci cînd concluziile nu rezultă din argumente ştiinţifice, ca într-un caz pretins de cădere în cuţit cu secţionarea arterei subclaviare, dar leziunea din fosa subclaviculară invedera lovirea.

Greşelile logice de raportare, de la sensul relativ către cel condiţionat, se petrec atunci cînd unei situaţii reale, în ceea ce priveşte condiţia sa, dar relativă în reprezentare, i se acordă o importanţă absolută.

În sfîrşit, o greşeală logică frecventă ce decurge din judecata că „după aceasta este obligatoriu din cauza aceasta" pretează, de asemenea, la erori de diagnostic. Apariţia unei meningite virotice, imediat după o plagă lombară, nu relevă relaţia cauzală dintre ele.

Multe din erorile menţionate se înlătură prin sistemul de control şi avizare a actelor medico-legale, prin perfecţionarea continuă a medicului legist, prin aplicarea principiului urgenţei examinării şi expertizei medico-legale, în scopul de a permite verificarea lor ulterioară, prin cunoaşterea factorilor de nonconcludenţă din expertiza medico-legală (tabel 90).

Judecătorul nu este în situaţia de a descoperi şi califica aceste greşeli şi erori tehnice decît dacă ele au dimensiuni suficiente în ochii nespecialiştilor.

Tabelul 90

Etiologia nonconcludenţei adevărului medico-legal

I. *Obiectivele expertizei medico-legale*
- Mijloc de investigaţie (obţinere de probe)
- Mijloc de evaluare a unor alte probe de tip
  - absolut
  - relativ convingătoare
  - relativ neconvingătoare
  - negative
- Mijloc de echilibru între probe contradictorii

II. *Factori de nonconcludenţă rezultaţi din specificul muncii medicului legist ce implică:*
- Competenţă ştiinţifică şi logică
- Conştiinciozitate etică
- Devoţiune deontologică
- Tărie de caracter pentru o adevărată profesiune de credinţă faţă de greşeli
- Rol activ în limite procesual-legale
- Atitudine umană şi fermitate faţă de bolnav
- Spirit de echipă

III. *Factori de nonconcludenţă rezultaţi din obiectul expertizei medico-legale*
- Nesesizarea utilităţii expertizei medico-legale
- Nesesizarea caracterului de urgenţă al expertizei medico-legale
- Nedelimitarea constării medico-legale de expertiza medico-legală
- Formularea inadecvată a întrebărilor
- Neformularea versiunilor de anchetă (a datelor anchetei, a împrejurărilor de fapt)
- Nerespectarea caracterului oficial al expertizei
- Neglijarea rolului activ al expertului
- Nerespectarea competenţei legale
- Nerespectarea termenelor de efectuare a expertizei
- Depăşirea competenţei expertului
- Nerecunoaşterea greşelilor posibile

IV. *Factori de nonconcludenţă rezultaţi din modul de redactare a actului medico-legal*
- Lipsa de răspuns la toate întrebările
- Neglijarea explicării părţilor
- Neîncluderea metodelor de explorare
- Neepuizarea metodelor de explorare
- Neargumentarea ştiinţifică a ipotezelor şi tezelor elaborate
- Afirmarea de concluzii categorice în loc de probabile şi invers
- Depăşirea competenţei în argumentare

V. *Factori de nonconcludenţă rezultaţi din nevalorificarea adecvată a tezelor medico-legale*
- Necunoaşterea valorii şi limitelor expertizei medico-legale pentru drept

Or, aceasta nu se întîmplă frecvent. De aceea, poate mai mult ca în alte domenii, deşi incorect, diagnosticul medico-legal era considerat ca partea cea mai conjuncturală a medicinei.

În ceea ce priveşte responsabilitatea faţă de erorile imputabile, concepţia bazată pe greşeală corespunde cel mai fidel progresului juridic şi progresului ştiinţelor medicale, progres ce se opune unei imputabilităţi obiective şi afirmă răspunderea bazată pe vină, plecînd tocmai de la faptul că cunoştinţele medicului depăşesc astăzi capacitatea sa de comprehensiune şi memorizare a tuturor faptelor medicale. Dar este tot atît de adevărat că nimeni „nu este mai expus greşelii decît cel care nu reflectează la ea". De aceea, departe de a depersonaliza greşeala medicală, trebuie afirmat că criteriul său principal de evaluare este privarea bolnavului de îngrijiri conştiente, atente şi conform datelor actuale ale ştiinţei, privarea justiţiei de concluzii ştiinţifice prin probe concludente.

Regula proporţionalităţii greşelii faţă de binele sperat ca şi riscul expunerii la concluzii neştiinţifice sînt esenţiale în aprecierea răspunderii. De aceea, o eroare de diagnostic va fi imputabilă ori de cîte ori nu se face un examen sau nu se va lua un interogatoriu complet, nu se va recurge la ajutorul altor specialişti (eroare de normă). Dar medicul legist poate greşi şi prin atitudinea sa terapeutică faţă de un bolnav, privit deseori numai ca un justiţiabil, ori prin abuzul de investigaţii şi explorări ce prejudiciază dreptul suveran asupra corpului. El nu trebuie să uite că nu are dreptul de a încălca atributul extrapatrimonial şi suveran asupra corpului, conform principiilor stabilite care călăuzesc practica medicală în general.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITARĂ

ELEMENTE DE PROFILAXIE MEDICO-LEGALĂ

Medicina legală nu are numai sarcina de a ajuta la stabilirea adevărului ştiinţific necesar rezolvării cazurilor judiciare ci şi de a contribui la asanarea şi lichidarea unor fapte antisociale care jenează relaţiile autentice dintre oameni. Aportul profilactic al medicinei legale se realizează prin cercetarea şi investigarea ştiinţifică a cauzelor ce determină astfel de comportamente, prin cercetarea eficacităţii măsurilor de reinserţie şi recuperare socială în scopul de a evita reiterarea şi recidiva comportamentală precum şi prin stabilirea adevărului ştiinţific în fiecare caz în parte, adevăr ce dă opiniei publice convingeri despre puterea nelimitată şi rolul acestei ştiinţe. Opinia publică nu poate rămîne indiferentă faţă de orice caz de încălcare a normativităţii, deoarece „agresiunea împotriva unui membru al societăţii interesează deopotrivă pe toţi". Mai mult, profilaxia medico-legală se extinde şi asupra unor fenomene de morbiditate şi mortalitate medico-socială în care se invederează rolul larg medical şi social al acestei specialităţi.

Medicina legală oferă criterii pentru profilaxia morţii nemotivate la vîrsta cînd moartea devine un fenomen nenatural, aşa cum ar fi moartea subită a copilului şi adultului. Precizînd corelaţia factorilor de risc clinici cu cei morfologici, medicina legală aduce elemente substanţiale în sprijinul dispensarizării celor cu risc crescut de moarte subită şi, ca atare, în profilaxia morţii nemeritate.

Investigînd rolul factorului uman în accidentele de trafic, medicina legală aduce elemente profilactice de ordin medico-social şi legislativ în sprijinul profilaxiei morbidităţii şi mortalităţii prin traumatisme rutiere.

Investigarea factorilor de risc ai intoxicaţiilor acute, precum şi a accidentelor medicamentoase, şi-a confirmat valoarea profilactică prin înfiinţarea centrelor de patologie toxică, care oferă vindecări de aproape 100% în intoxicaţii pînă mai ieri letale.

Investigînd ştiinţific faptele infracţionale de omucidere, medicina legală contribuie la formarea conştiinţei publice asupra puterilor ştiinţei ca şi asupra autorităţii justiţiei în reprimarea oricăror abuzuri şi încălcări ale ordinii sociale. Din studiile şi cercetările sale concrete privind riscurile de accidentare se deduc măsurile profilactice eficace în evitarea accidentelor prin muncă sau cu ocazia altor activităţi umane. În sfîrşit, din disecţia medico-legală a unui suicid decurg măsurile de profilaxie a acestor violenţe, printre care grija medicală şi umană faţă de orice tentativă, disponibilităţile afective pentru depăşirea crizei de conştiinţă ce poate precipita actul, promptitudinea investigaţiei etc.

Un mare aport profilactic îl aduce medicina legală în asigurarea sporului demografic al societăţii, prin investigarea ştiinţifică a cauzelor avortului sau prin delimitarea ştiinţifică a avortului spontan de cel provocat. Educaţia sanitară concomitentă pe care o promovează constituie o modalitate profilactică de conştientizare a oricăror riscuri legate de întreruperea sarcinii.

Medicina legală contribuie la profilaxia actelor infracţionale, a delincvenţei, prin precizarea factorilor care determină trecerea la un act criminal, a determinismelor psihologic-individuale sau situaţional-relaţionale dintr-un comportament infracţional, prin precizarea nocivităţii unui comportament aberant sau a valorii şi limitei mijloacelor de reinserţie a celor ce fac fapte

penale. Mai mult, prin cercetarea valorii metodelor de modulare a măsurilor de influență obștească sau a pedepsei asupra personalității și comportamentului celor în impact cu legea, medicina legală contribuie la asanarea și lichidarea stării infracționale reziduale în societate. Promovînd cu persuasiune mijloacele de recuperare familiale, sociale și școlare, precum și cunoașterea cauzelor devianței minorilor, medicina legală oferă soluții pentru o mai bună adaptare socială și de viitor a minorilor, contribuie la formare social-utilă a personalității, la valorizarea vieții sociale.

În sfîrșit, printr-o mai bună cunoaștere a cazurilor de dizarmonie conjugală, fie de natură biologică fie de natură psihologică, medicina legală își aduce aportul la întărirea și consolidarea relațiilor familiare, promovînd asistența medicală și psihologică prin sfat conjugal în vederea ajustării unor incompatibilități conjugale.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY

PROIECTAREA SOCIO-CULTURALĂ A MEDICINEI LEGALE

Prin însăşi denumirea sa, medicina legală a fost înţeleasă ca o aplicare a cunoştinţelor medicale la nevoile dreptului, ca o punte de legătură între medicină şi lege, avînd sarcina de a descoperi adevăruri ştiinţifice cu valoare de probă şi, în acest mod, de a fi pusă direct în slujba societăţii iar indirect în slujba individului.

Astăzi, de la rolul deciziei medicale pentru rezolvarea unui fapt judiciar, medicina legală trece, în mod inevitabil, la o nouă şi universală dimensiune, apropiindu-se de conceptul sanogenezei sociale prin intermediul legii şi medicinei. Medicina legală răspunde în primul rînd unei perspective ontologice, deoarece cunoaşterea presupune adevărul, iar acesta sfîrşeşte întotdeauna prin a fi bun (Noica). Căci orice adevăr, inclusiv cel medico-legal, devine un act de cultură cu aptitudinea de a realiza binele social şi individual. Ca ştiinţă a omului integral, medicina legală este o antropologie aplicată şi, ca atare, legată de destinul omului. Revoluţia ştiinţifică permanentă din medicină precum şi progresul probei judiciare, ce tinde să se apropie de adevărul ştiinţific, lărgesc limitele de aplicabilitate a faptului medico-legal, vizînd umanizarea progresivă a legilor biologice şi însănătoşirea morală a relaţiilor sociale. Dacă omul parcurge cea de a patra revoluţie a evoluţiei sale (revoluţia culturală, după cea paleolitică, neolitică şi industrială), consecinţa directă a evoluţiei sale culturale va fi ameliorarea morală a comportamentului său, ca ultim studiu al acestei evoluţii (Ruffié). Panmixia umană inevitabilă a societăţii moderne face aleatorie separarea maniheică dintre comportamentul înnăscut şi cel cîştigat, integrarea omului prin socializare ducînd la fixarea de comportamente altruiste ca forme superioare de comportament uman. Pe de altă parte, valoarea supremă a vieţii apare ca un comandament de ordin etic, încît efortul medicinei legale de apropiere de astfel de comandamente conferă valoare euristică actului medico-legal. Prin adaptare axiologică, omul se va defini nu atît prin obiectivarea sa în produse, cît prin puterea sa de iradiere şi modelare, de a deveni un principiu de viaţă şi ca atare un om adevărat (Noica). Astăzi, cînd conştiinţa omului modern este mai accentuat aplecată asupra puterilor dar şi fragilităţii lui, mulţi se îndreaptă spre biologie şi medicină pentru un răspuns la noile probleme ontologice ale omenirii. Ştiinţă prin excelenţă antropologică, medicina legală va oferi criteriile adaptării axiologice viitoare prin stabilirea rolului echipamentului genetic şi ambiental în conduită, a educaţiei sentimentelor în familie, a influenţării lor etc. În felul acesta, prin înţelegerea rolului complex al calităţii relaţiilor sociale, prin susţinerea calităţii vieţii ca nivel de trai biologic şi cultural, medicina legală va contribui la progresul lor.

În faţa unor acte de regres biologic şi mutilare a fiinţei umane, în faţa absurdităţi violenţei ce devalorizează existenţa, în lupta cu suferinţa ce a născut medicina legală şi deontologia sa, această specialitate s-a consolidat progresiv, susţinînd cotidian măreţia omului prin valoarea sa de unicat, aptitudinea sa de a deveni o valoare universală şi totală, realizarea esenţei sale de puritate spirituală şi de desăvîrşire, ajutînd la extinderea limitelor omenescului sub aspect bio-psiho-social şi axiologic. În sensul acestui demers

moral-social de victorie a raţiunii asupra absurdului s-a angajat medicina legală, cîştigîndu-şi neîncetat grandoarea destinului său.

Alături de lupta acestei ramuri medicale cu ignoranţa, obtuzia, superstiţia sau viciul, în viitor medicina legală se va proiecta într-o perspectivă şi dimensiune ce va ajuta socializarea condiţiei umane prin interiorizarea normativităţii şi reabilitarea omului. Va fi aceasta o victorie a societăţii şi justiţiei. Societatea viitorului, ce se impune ca o societate din ce în ce mai reglementată şi în care reforma instituţiilor sociale şi juridice va fi neîncetată, *a fortiori* va face ca medicina legală să adopte o viziune holistică asupra omului, afectat în atributele sale de esenţă specific umană (onoarea, demnitatea şi libertatea), imperative de conştiinţă ce capătă şi o formă juridică. În acest context, va fi sarcina medicinei legale de a scoate în evidenţă rolul factorilor familiali în educarea sensibilităţii omului viitorului, a rolului mediului, şcolii şi culturii în efortul omului de adaptare axiologică, specific umană. În mod inevitabil, complexitatea actului medico-legal se va tripla în sens medical, juridic şi social, devenind indispensabil unei societăţi civilizate, şi, în acelaşi timp, o importantă rezervă educativă. Nu numai prin lupta cu inadaptarea (progresul omului s-a asigurat şi prin reculul, pe toate căile, al violenţei) dar şi prin faptul că, într-o societate reglementată, conştientă de viitorul său, esenţială va fi asanarea unor fenomene negative ce mai alienează relaţiile interumane. Tributară unor concepte sociale bazate pe autoritate ca şi unor concepte medicale bazate pe susţinerea individualităţii, luîndu-şi ca reper conştiinţa individuală şi socială, medicina legală îşi va învedera în plus dimensiunile sale ontologice (privind locul şi rolul omului în lume), sociale (ajutînd progresul relaţiilor sociale), antropologice (stimulînd ascensiunea condiţiei umane), etice (ajutînd imperativele categorice morale) şi epistemologice (fiind un model de adevăr), putîndu-se schiţa, în general, cîteva direcţii viitoare de dezvoltare:

Explorarea necropsică se va extinde nu numai datorită faptului că tehnicizarea vieţii şi asanarea bolilor inversează raportul dintre moartea violentă şi cea patologică, dar şi prin faptul că nevoia de adevăr ştiinţific, scop al medicinei şi al legii, va putea face ca orice injurie să devină o „boală" şi orice boală o suspiciune. Dacă moartea naturală este o moarte conformă naturii lucrurilor, cum spunea Schopenhauer, moartea violentă devine o absurditate şi, din păcate, cuprinderea sa în civilizaţia modernă se extinde pînă acolo încît şi moartea patologică poate deveni o moarte ecologică, externă, a modului de a trăi, ce frizează într-un fel atitudinile de viaţă. Într-o astfel de devenire, profilaxia aptitudinii de a deveni victimă, a rolului violenţei în creşterea frustrărilor sociale şi individuale etc. va face ca medicina legală să-şi extindă nelimitat aptitudinea de a susţine şi apăra valorile civilizaţiei în faţa riscurilor unei evoluţii inerente.

Integrarea clinică a medicinei legale va fi accentuată atît prin protejarea maximă a personalităţii de către lege, protecţie ce creşte cu gradul de cultură şi civilizaţie al unei societăţi, cît şi prin apelul nelimitat la fapte ştiinţifice cu valoare de probă. Într-o viziune medico-legală, protejarea sănătăţii şi demnităţii persoanei sub aspect juridic trebuie să exprime şi să plece atît de la determinismul ştiinţific cît şi de la umanismul social.

Tendinţa la interdisciplinaritate se va accentua frapant în viitorul medicinei legale. Plasată între adevărurile juridice abstracte şi cele medico-biologice concrete, medicina legală va deveni inevitabil o gîndire integratoare, modelul său epistemologic bazîndu-se pe disciplinaritate (hiperspecializare prin izolare), pluridisciplinaritate (cooperare), interdisciplinaritate (elaborare de

axiome utile pentru două discipline ca medicina și dreptul) și transdisciplinaritate (elaborare de axiome ce tind spre un model epistemologic general, spre o viziune normativă). Pe viitor, progresul sistemic (interacțional) al medicinei legale va determina la utilizarea de cupluri metodologice comune (Blaga), de matrice logico-epistemice (Kuhn) pentru a realiza funcții euristice integratoare, de corelare a gîndirii științifice cu umanismul social-juridic (a adevărului cu binele). Faptul va permite aprofundarea gîndirii analitice a medicinei legale, dar și trecerea la o accentuată viziune sintetică. Dacă dreptul merge de la societate către individ, medicina va merge de la individ către societate, iar medicina legală le va uni într-o sinteză cuprinzătoare. Interdisciplinaritatea medicinei legale va aduce decizia și investigația de echipă în toate domeniile sale de lucru și va combate rutina ce aduce stagnarea spiritului

O vocație științifică cu baze biologice și juridice, așa cum este medicina legală, și prin care dreptul devine pragmatic, va accentua unitatea dintre demersul său științific cu cel logic. Faptul va accentua rolul epistemologiei și criteriologiei medico-legale, în scopul de a articula gîndirea științifică biologică (uneori rezervată sau incertă) cu cea juridică (precisă și exactă, prin instituții elaborate de om). Oricărui fapt, chiar banal, va trebui să i se degajeze sensurile și să fie integrat într-o normativitate care să răspundă principiilor legii, în scopul ca actul științific să devină sursa unor evidențe decisive pentru justiție dar și începutul prevenirii, ușurării și corectării omului. Trecerea de la o credință subiectivă la o cunoaștere obiectivă, comunicabilă și controlabilă, va extinde criteriologia medico-legală la toate domeniile sale de lucru. Pertinența și concludența cunoașterii medico-legale se va asigura prin informație adecvată și suficientă, prin stabilirea de relații între obiecte și fapte, prin raportarea acestor corelații la criterii demonstrabile ca și prin determinarea gradului lor de utilizare. În acest mod, medicina legală va trece de la stadiul descriptiv la cel axiomatic. Orice cunoaștere cantitativă (informativă) va fi completată de alta calitativă (epistemică, de stabilire a validității cunoștințelor căpătate). Cu ajutorul unor astfel de episteme specifice, ca modele proprii de gîndire, datele descoperite vor fi mai adecvat sistematizate, gîndirea sintetică se va apropia mai mult de esența lucrurilor, demersul rațional practic va fi integral. Modelul epistemic medico-legal va avea astfel o valoare euristică și deontică accentuată, deoarece nu există drept în afara adevărului, iar adevărul este întotdeauna științific (Simonin). Idealul medico-legal va deveni astfel o simetrie perfectă între retrodicție (explicație) și predicție (previziune) și va fi realizabil prin stabilirea de criterii sau fascicule de criterii, cum ar fi concordanța cu realitatea, coerența reprezentării, precizia referențială și utilitatea pragmatică (Botezatu). Orice lucrare medico-legală se va desfășura ca o cercetare medicală (faptică) și logică (a raționamentelor) prin observație, experiment, teorii, axiome și norme. Medicina legală va căpăta astfel un statut epistemologic cert prin enunțurile sale adevărate, organizate în teorii, cu metode de validare, contribuind în plus la conturarea unei concepții despre natură și societate într-un domeniu dat.

Un act medico-legal nu necesită însă numai criterii științifice ci și morale. Într-o muncă de sacerdot, de onoare și abnegație, nevoia de încredere și răspunsul de conștiință la aceasta trebuie să fie maxime. Orice expert, ca medic, dacă acționează după conștiința sa, se conformă întotdeauna unui imperativ etic și, pentru aceasta, trebuie să aibă un cult de fetiș, un respect nelimitat pentru comandamentele moral-sociale ale muncii sale. Simțul pentru nou, disciplina în gîndire, respectul și simțul obiectivității, raționea critică, într-un cuvînt, competența autentică vor fi dublate de conștiinciozitate permanentă,

capacitate de decizie, prudență, disponibilitate și devotament, luptă cu orice urmă de orgoliu care aduce, inevitabil, greșeala științifică și umană.

Medicina legală își va aduce un aport din ce în ce mai pregnant la soluționarea marilor probleme ale ocrotirii sănătății publice, atît în domeniul predicției riscului de întrerupere nemotivată a vieții prin accidente, violențe etc., cît și în domeniul profilaxiei unor dizarmonii, inadaptări etc. Medicina legală se va ocupa în continuare de aplicarea legilor sociale și juridice la fapte biologice, dar, din această muncă, vor rezulta sinteze medicale de sanitație publică cu largă aplicabilitate profilactică. Nu numai prin descoperirea unor factori de risc dar și prin integrarea lor într-un program de acțiune sanogenetic, aportul său va fi în mod inevitabil din ce în ce mai accentuat.

Prin conceptele și paradigmele sale, medicina legală va accentua aportul faptelor științifice medico-biologice în devansarea legilor și ordinii de drept. Legiferarea va beneficia de fapte științifice care vor face mai adecvată adaptarea la normativitatea și soluționarea judiciară a cazurilor. Nu numai în domeniul momentului morții și implicit al transplantelor de organe, al nașterii și viabilității sau al comportamentului patologic, dar și în alte subtile domenii judiciare, cum ar fi culpa sau inocența, se vor putea face devansări științifice. O justiție conformă legilor biologice nu va însemna biologizarea legilor sociale ci, dimpotrivă, o deschidere antropologic-culturală largă către factorii bio-psiho-sociali din comportament, iar legile astfel construite vor deveni, mai amplu, o sursă de umanizare și educare a omului.

În sfîrșit, medicina legală, prin spiritul său va influența evoluția medicinei, sprijinind formația judiciară a viitorilor medici, responsabilitatea lor, prin accentuarea și dezvoltarea necontenită a deontologiei și dreptului medical. Cerințele și reglementarea sectorului sanitar vor aduce inexorabil o atare necesitate. În fiecare unitate sanitară se vor impune comitete de etică medicală cu aptitudinea și sarcina de a aviza proiecte de experimentare terapeutică, de introducere de tehnici noi, de secret medical sau sfat genetic etc. Ele vor da certitudinea că un proiect medical a fost examinat de un grup independent, că a fost judecat sub aspect etic și că principiile sale au fost respectate, mai ales în ceea ce privește consimțămîntul și evaluarea coeficientului risc/beneficiu. Dreptul medical, ca ansamblu de reguli impuse inevitabil medicinei, va descătușa mai mult vocația medicului prin găsirea de soluții de conștiință adecvate în domeniul atît de întins, uneori dilematic și plin de tensiuni, cum este acel al practicii medicale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Adin M., *L'informatique médicale*, P.U.F., 1972.
2. Apostol P., *Abordare sistemică interdisciplinară, dialectică*, Vol. interdisc., p. 18.
3. Becleanu A. și colab., *Interdisciplinaritatea, imperativ al științelor contemporane*, Vol. interdisc., p. 45.
4. Blaga L., *Experimentul și spiritul matematic*, Vol. interdiscipl., p. 71.
5. Bogdan T., *Probleme de psihologie judiciară*, Editura Științifică, 1973.
6. Botez A., *Dialectica creșterii științei. O abordare epistemologică*, Editura Academiei R.S. România, 1980.
7. Botezatu P., *Adevăruri despre adevăr*, Editura Junimea, 1981.
8. Caravia P., *O paradigmă comunicațională a vieții sociale și interdisciplinaritatea*, Vol. interdiscipl., p. 252.
9. Dérobert L., *Médicine legale*, Ed. Flammarion, 1974.
10. Desmarez J. J., *Medecine legale à l'usage des juristes*, P.U.F., 1970.

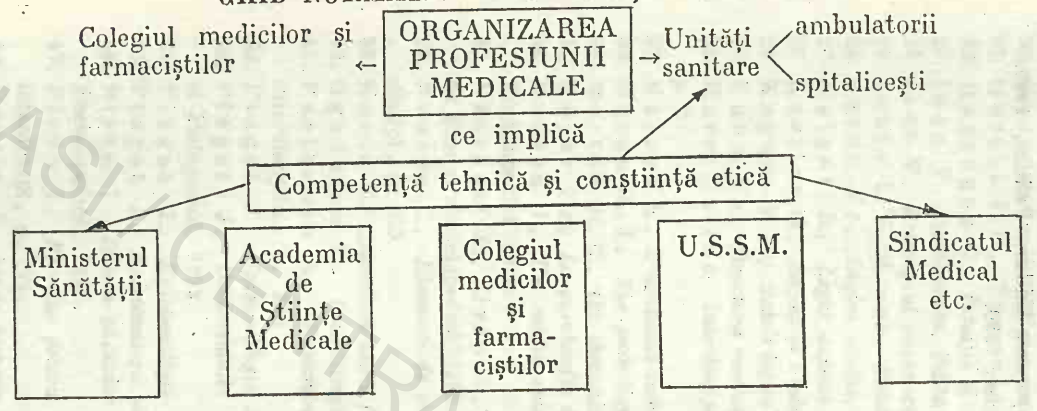
11. Dima Th., *Cronica*, iunie 20, 1980.
12. Dima Th., *Între prudență și eroare*, Junimea, 1978.
13. Dima Th., *Explicație și înțelegere*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1980.
14. Djuvara M., *Teoria generală a dreptului*, Editura Socec, 1930.
15. Drăghici I., *Esența vieții*, Editura Științifică, 1972.
16. Dumitru A., *History of Logic*, Editura Didactică și Pedagogică, 1975.
17. Dumitru N., *Cercetarea interdisciplinară*, Vol. interdiscipl., p. 282.
18. Fabreguettes P. M., *La logique judiciaire et l'art de juger*, Pichon, 1926.
19. Flonta M., *Adevăruri necesare*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1975.
20. Georgescu St., *Epistemologie*, Editura Didactică și Pedagogică, 1978.
21. Gorski P. D., Tavanet V. P., *Logica*, Editura Științifică, 1957.
22. Harangus C., *Intuiție și cunoaștere*, Facla, 1980.
23. Ioan P., *Axiomatica*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1980.
24. Isac V., *Principiul corelației în cercetarea interdisciplinară*, Vol. interdiscipl., p. 83.
25. Ivkin L. V. și col., *Subdebnaia med. ekspertiza*, 1980, 2, 20.
26. Jacob Fr., *Logica viului*, Editura Enciclopedică, 1972.
27. Knight B., *Legal aspects of Medical Practice*, Livingstone, 1972.
28. Kneller G., *Logica și limbajul educației*, Editura Didactică și Pedagogică, 1973.
29. Kopnin V. P., *Bazele logice ale științei*, Editura Politică, 1972.
30. Kuhn Th., *Structura revoluționară a științei*, Editura de Stat, 1976.
31. Mare Călina, *Interdisciplinaritatea sub aspectul comunicării*, Vol. interdiscipl., p. 71.
32. Marcus S., *Potențialul interdisciplinar al matematicii.*, Vol. interdiscipl, p. 189.
33. Mason K. J., *The pathology of Violent Injury*, Arnold, 1978.
34. Merton R. K., *On theoretical sociology*, Vol. interdiscipl., p. 252.
35. Meyer Fr., *La surchauffe de la croissance*, Vol. interdiscipl., p. 83.
36. Moraru I., *Un model epistemologic al creativității tehnice*, Editura de Stat și Enciclopedică 1980.
37. Năstăsel E., Ursu I., *Argumentul sau despre cuvîntul bine gîndit*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1980.
38. Neacșu C., *Elemente de stress în dinamica proceselor de cunoaștere*, Vol. Interdiscipl., p. 303.
39. Noica C., *Devenirea întru ființă*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1981.
40. Ogodescu D., *Interdisciplinaritatea și dialectica*, Vol. interdisciplin., p. 119.
41. Partheniu A., *Expunere introductivă despre „medicina formativă"*, Vol. interdisciplin., p. 330.
42. Piaget J., *Epistemologie de la biologie*, P.U.F., 1980.
43. Piaget J., *Dimensiunile interdisciplinare ale psihologiei*, Editura Didactică și Pedagogică, 1972.
44. Piaget J., *Epistemologie genetică*, Dacia, 1973.
45. Piaget J., *Epistémologie des sciences de l'homme*, Vol. interdiscipl., p. 72.
46. Pîrvu I., *Istoria științelor și reconstrucția ei conceptuală*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1981.
47. Pîrvu I., *Premise pentru o perspectivă interdisciplinară în teoria științei*, Vol. interdiscipl., p. 171.
48. Ruffié J., *De la biologie à la culture*, Flammarion, 1976.
49. Scripcaru Gh., Pirojinscki T., *Rev. Med. Chirurg.*, Iași, 1982, 3, 397
50. Scripcaru Gh și col., *Medicină și drept.*, Junimea, 1979.
51. Scripcaru Gh., Terbancea M., *Patologie medico-legală*, Editura Didactică și Pedagogică, 1978.
52. Stancovici V., *Implicațiile metodologice ale interdisciplinarității*, Vol. interdiscipl., p. 101.

53. Tarasov E. K., *Despre caracterizarea gnoseologică şi logică a greşelilor de diagnostic*, Vol. Probl. filozofice ale medicinei, Editura Medicală, 1973.
54. Tedescki Th., *Forensic Medicine*, Saunders, 1977.
55. Vulcănescu R., *Tradiţia cercetării interdisciplinare în România*, Vol. interdiscipl., p. 315.
56. Walls J. H., *Forensic Science, an Introduction to scientific Crime Detection*, Sweet and Maxwell, 1974.
57. * * * — *Epistemologia şi analiza logică a limbajului ştiinţei*, Editura Politică, 1975.
58. * * * — *Interdisciplinaritatea în ştiinţele contemporane*, Editura Politică, 1980.
59. * * * — *Journées d'informatique médicale*, Toulouse, 1980.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

GHID NORMATIV DE EXERCIȚIU MEDICAL

Principii ale deontologiei medicale:
- Respectul ființei umane.
- Datoria medicului față de societate, bolnav, confrați.
- Secretul profesional (al actelor ce prin divulgare ar prejudicia medical o persoană).
- Refuzul actelor ilegale.
- Evitarea creării de avantaje materiale.
- Respectul pentru actele de autoritate.



Principii de asistență medicală
- Accesibilitate
- Operativitate
- Calitate
- Ierarhizare etc. realizate prin: Tehnici cunoscute, Procedee noi, Procedee eficiente, Competență, Informare, Interconsult etc.

Relația medic-bolnav are aspect tehnic, afectiv, etic și juridic

Medicul în fața legislației sociale

Organe administrative.
Asigurări sociale etc.
Accidente de muncă.
Boli profesionale.
Examen prenupțial.
Alocații de stat (copii, maternitate).
Asistență familiară (combaterea avorturilor).
Asistența în agricultură.
Ajutor medical la domiciliu.

Condiții de exercitare a profesiunii medicale

Legile sanitare (drepturi și obligații).
Statutul personalului medico-sanitar.
Condiții legale ale exercitării medicinei (încadrare, transfer, încetarea contractului).
Formalități de instalare.
Suspendarea profesională (pentru incompatibilități profesionale, etice, boli psihice etc).

Medicina profilactică

Prevenirea și combaterea bolilor transmisibile.
Vaccinări.
Certificarea vaccinărilor internaționale.
Legislația anti-tbc.
Declararea bolilor contagioase.
Declararea bolilor venerice.
Asigurarea condițiilor de igienă la locul de muncă.
Profilaxia periculozi-

Medicul și starea civilă

Declararea nașterilor.
Certificate prenupțiale.
Ocrotirea familiei.
Declararea decesului.
Înhumarea.
Exhumarea.
Transportul cadavrelor.
Autopsia medico-legală.
Prelevarea de organe.
Îmbălsămarea cadavrelor.
Deontologia certificatelor de deces,

Medicul și organele judiciare

Aspecte juridice ale relației medic-bolnav.
Medicina de echipă.
Cooperarea medicilor.
Interconsultul la cererea bolnavului.
Interconsultul la cererea familiei etc.
Interconsultul din proprie inițiativă a medicului.
Dreptul medical.
Medicul și expertizele medicale.

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Ajutor medical la spitalizare.
Asistență de urgență (ca obligații de serviciu datorită unei stări de necesitate).
Boli psihice, cronice, degenerative.
Asistență medicală în școli.
Tutela și curatela.
Legislația în risc de toxicomanii.
Asistența la naștere, a copilului și tineretului etc.
Cunoașterea stării de sănătate a colectivității.
Legislația privind transplantele.

Redobîndirea dreptului de practică prin examen.
Recompense.
Auxiliari medicali.
Înlocuirea medicului (condiții legale).
Competență și specializare prin internat, secundariat etc.
Concursuri.
Perfecționare.
Certificat de studii.

tății bolnavilor psihici.
Profilaxia accidentelor medicamentoase (eliberarea rețetelor).
Declararea sinuciderilor, toxicomaniilor.
Cunoașterea factorilor de risc ai îmbolnăvirilor.
Control medical periodic.
Educația sanitară.

Interdicția.
Tutela și curatela.

Consimțămîntul bolnavului.
Experimentul medical.
Secretul medical.
Medicul și auxiliarii săi.
Medicul și instituția sanitară.

Medicul în fata administrației sanitare

Condițiile legale ale certificatelor medicale.
Eliberarea certificatelor de spitalizare.
Eliberarea certificatelor de concediu medical.
Expertiza bolnavilor psihici.
Medicul și conducerea vehiculului pe drumurile publice.
Medicul și moartea violentă.
Responsabilitate disciplinară a medicului etc.

Medicul în fața organismelor profesionale

Cotizațiile medicale.
Cercetarea științifică.
Asigurările medicale.
Pensionarea medicală.
Responsabilitatea etică a medicului.
Riscurile profesionale ale medicului.
Riscurile private ale medicului etc.

Medicul și justiția

Expertizele medico-legale.
Asistența medico-legală.
Expertizele medico-legale pe cadavru.
Expertizele medico-legale ale persoanei.
Expertizele în dreptul penal.
Expertizele în dreptul civil.
Mărturia medicului în justiție.
Actele medicale în justiție.
Avortul delictual.
Avortul terapeutic.
Conduita în fața omuciderilor.
Conduita în fața sinuciderilor.
Conduita în fața morții suspecte.
Responsabilitatea penală a medicului.
Responsabilitatea civilă a medicului etc.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITARĂ

RAPORT MEDICO-LEGAL

Subsemnatul ..... medic ..... invitat de ..... prin adresa nr. ..... din ..... de a face autopsia cadavrului ..... și a constata cauza morții, am procedat astăzi ..... la efectuarea necropsiei în prezența ..... și am constatat următoarele:

1. EXAMEN PRELIMINAR

Cadavrul se află în poziția .....
iar obiectele din jurul său sînt .....
de asemenea, în jur se găsesc următoarele pete .....
La locul faptei, starea de umiditate este .....
iar cea de luminozitate este .....

Cadavrul este îmbrăcat cu .....
Hainele și rufele prezintă în partea ..... în regiunea ..... următoarele rupturi ..... de formă ..... De asemenea, prezintă următoarele pete de culoare ..... mărime ..... formă .....
Pe cap poartă ..... prezentînd următoarele tăieturi .....
orificii ..... de mărimea ..... În picioare poartă .....
..... care prezintă pete de culoare ..... etc.

2. ISTORICUL FAPTELOR MEDICALE

.....
.....
.....

3. AUTOPSIA

Examen extern

Cadavrul de sex ..... în etate de ..... cu talia de .....
..... are țesuturile moi .....

Pentru cadavrele necunoscute se adaugă: diametrul transversal și longitudinal al capului ..... circumferința capului ..... cu părul de pe cap de culoare ..... ca și mustățile .....
bărbia ..... ochii ..... Chelie de formă și grad .....
Fruntea are ca particularități ..... iar nasul .....
gura ..... și dinții vizibili ..... prezintă lipsuri dentare sau proteze ..... Culoarea dinților ..... prezintă uzuri ..... și deformații dentare .....

Pe părțile vizibile ale feței, gîtului, prezintă nevi ..... cicatrice localizate în ..... de formă ..... culoare .....
mărime ..... De asemenea prezintă tatuaje ..... și semne profesionale la degete de culoare ..... bătături .....
înțepături ..... depozite sub unghii ..... etc.

Cadavrul prezintă lividități cadaverice dispuse în regiunea .....
..... avînd un caracter .....
de culoare ..... La secțiunea lividităților cît și prin raderea
sau spălarea țesuturilor subjacente cu apă, se constată .....
Rigiditatea cadaverică este localizată la .....
avînd un grad ..... Putrefacția se manifestă prin .....
..... localizată în ..... și în formă de .....
..... sau prin formare de .....
Țesuturile destinse ..... mărite de volum
și îmbibate .....

Cadavrul prezintă la exterior pe .....
în regiunea ..... la ..... cm de ..... o
plagă de formă .... de culoare ..... de
mărime .... avînd
o înclinație .. ..

Marginile rănii sînt .... infiltrate cu
... . acoperite cu cruste de culoare .....
Rana în profunzime interesează ....
Țesuturile vecine sînt .....
La mobilizare se constată crepitații .....
și mișcări anormale .....

(Fiecare leziune se descrie după aceleași reguli).

Șanțul situat în regiunea ....
are o poziție ..... larg de ..... și adînc
de ..... cu relief ..... de consistență
..... și particularități .....

Glandele mamare de volum ..... consistență .....
cu mamelonul și areola mamară de culoare ..... prezintă
la compresiune .....

Cicatricea ombilicală .. ..

Vulva prezintă mucoasa de culoare ..... cu secreții
..... și semne de violență .....
Membrana himeneală de formă ..... cu leziuni de defloare ..... la nivelul orei ..... cu următoarele
caracteristici .....

Cadavrul prezintă tegumentele de culoare .....
.....
conjunctivele ..... pupilele ..... cît și următoarele semne morfologice de boală ....
....
....

Examen intern

Cap și cavitate craniană

Țesuturile moi epicraniene ....
prezintă în regiunea .....
de mărime ..... Mușchii temporali prezintă .....
..... Periostul cu ..... localizate
în ..... de mărime .....

Calota craniană de grosime ..... prezintă .....
..... de formă .....
mărime ..... înclinație ..... dehiscență .....
..... direcție ..... și iradieri la bază
..... Baza craniului prezintă
..... în etajul ..... de
mărime ..... înclinație .....
Epidural se constată .....
..... localizat ..... de mărime
(lungime, lățime, grosime) .....
Dura mater de culoare ..... cu luciul .....
umiditate ..... cu depozite ..... prezintă următoarele leziuni traumatice .....
.....
Subdural se constată ..... de formă
..... localizat ..... de mărime .....
Sinusurile venoase ..... cu sînge .....
Pia mater cu vasele ..... de culoare .....
cu luciul ..... umiditate ..... cu depozite
..... Pe suprafața ei se găsesc .....
..... localizate în .....
și edem .....
Vasele de la bază au pereții .....
.....
Creierul cu circumvoluțiile .....
are consistența ..... culoarea .....
cu miros de ..... Pe suprafața de secțiune, substanța cenușie și albă ..... de culoare
..... cu vasele ..... cu focare hemoragice .....
..... localizate în ..... de mărime .....
formă ..... culoare .....
Ventriculii cerebrali plini cu .....
de culoare .....
Nucleii bazali, protuberanța, bulbul, cerebelul, prezintă .....
.....

Cavitatea gurii și organele gîtului

Mucoasa limbii și a gurii de culoare ..... cu
depozite ..... leziuni ..... corpi străini .....
..... cu miros de ..... Mucoasa faringelui și
laringelui de culoare ..... cu edem .....
infiltrații .....
În musculatura gîtului se găsesc .....
localizate ..... fracturi ale osului hioid .....
rupturi ale vaselor .....
Glanda tiroidă de mărime ..... volum .....
consistență ..... Timusul de dimensiuni .....
greutate ..... configurație ..... consistență
..... culoare ..... se află în raport cu
organele vecine .....

Țesuturile moi ale peretelui toracic prezintă .....
de mărime ..... cu infiltrații .....
Scheletul toracic prezintă ..... localizate pe
linia ..... de formă ..... care cuprind urmă-
toarele coaste ..... Mediastinul cu infiltrații .....
..... sau secreții .....

Cavitățile pleurale cu aderențe ..... localizate .....
..... și colecții ..... în cantitate
..... de culoare ..... consistență .....
..... sau aer .....

Pleurele de culoare ..... cu transparența .....
și luciul ..... umiditatea ..... cu vasculari-
zația ..... prezintă .....
.....
.....

Plămînii ..... de culoare ..... consistență .....
..... elasticitate ..... prezintă densificări
..... Pe suprafața de secțiune au o culoare .....
umiditate ..... cu zone de condensare .....
sau ramolire ..... în regiunea ..... iar la apăsare
apare ..... Proba docimaziei hidrostatice .....
Pulmonii prezintă următoarele leziuni ..... în lobul .....
interesînd ..... Traheea și bronhiile mari conțin .....
..... în cantitate ..... de consistență .....
..... cu mucoasa ..... și pereții .....
Vasele pulmonare au sînge .....
.....

Pericardul visceral și parietal de culoare .....
cu luciul ..... umiditate ..... transparență
..... cu următoarele leziuni .....

În cavitatea pericardică se constată ..... în
cantitate ..... de culoare .....
transparență ..... Arterele coronare de consistență
..... formă .....

Inima cu dimensiuni în lungime ..... lățime .....
și grosime ..... de configurație ..... în
greutate ..... în cavitățile cordului .....
se constată .....
.....

Miocardul în grosime ..... de culoare .....
consistență ..... cu particularități .....
Endocardul valvular și parietal ..... cu îngroșări
..... în grosime ..... depozite
..... și ulcerații ..... Orificiile mitralei
și tricuspidei ..... Vasele mari cu valvulele
sigmoide ..... și intima ..... de
aspect ..... Vasele coronare cu intima .....
Inima prezintă următoarele leziuni traumatice .....
localizate ..... de formă .....
mărime .....

Mușchii abdominali prezintă ..... de mărime ..... cu infiltrații .....

Oasele bazinului cu fracturi ..... localizate ..... de formă ..... deplasate ..... în număr de .....

Cavitatea peritoneală conține ..... în cantitate ..... de aspect ..... culoare ..... cu corpi străini ..... Peritoneul de culoare ..... transparență ..... luciu ..... și vascularizație .....

Stomacul cu mucoasa și pereții ..... în grosime .... consistență ..... de culoare ..... cu pliurile ..... și următoarele leziuni ..... Stomacul conține ..... în cantitate ..... cu alimente ..... de consistență și digestie .... cu miros ..... reacție ..... și corpi străini .....

Intestinele cu pereții ..... cu leziuni ..... Intestinele conțin ....

Ficatul cu capsula ..... transparentă ..... umedă ..... lucioasă ..... în greutate ..... cu dimensiuni ..... de culoare ..... pe suprafața externă care este ..... are o consistență .... Marginea anterioară ..... Pe suprafață prezintă următoarele leziuni ..... Pe suprafața de secțiune este ..... cu desenul lobular ..... culoare ..... consistență ..... Din vase ..... și din căile biliare se scurge .... Vezicula biliară conține ..... cu mucoasa .....

Splina cu capsula de culoare ..... grosime ..... umiditate ..... și luciu ..... are o greutate ..... și dimensiuni ..... Pe secțiune are culoare ..... consistență ..... cu un grad de umiditate și suculență ..... cu elementele foliculare ..... și cu următoarele leziuni .....

Rinichii cu capsula ..... au suprafața ..... cîntăresc ..... și măsoară ..... Pe suprafața de secțiune au culoare .... consistență ..... cu zona corticală ..... față de medulară ..... Bazinetul conține .... Vezica urinară conține și are mucoasa și pereții .....

Pancreasul de dimensiuni ..... greutate ..... culoare ..... prezintă următoarele leziuni .....

Uterul în dimensiuni de ..... din care corpul ..... și colul ..... în greutate ..... de formă ..... Seroasa de culoare ..... luciu ..... cu infiltrații .....

Colul uterin în porțiunea vaginală de dimensiuni .....
consistență ..... cu orificiul ..... cu secreții
..... și mucoasa ..... în formă .....
Cavitățile corpului și colului cu diametre de ..... în
formă ..... conțin .....

Mucoasa uterină de culoare ..... depozite .....
prezintă următoarele leziuni ..... Miometrul în
grosime ..... consistență ..... culoare .....
cu vasele ce conțin ..... Placenta inserată în .....
Cavitatea uterină conține resturi placentare .....
Placenta intactă cîntărește ..... măsoară .....
Produsul de concepție în stare de ..... cu leziuni de .....
..... anomalii ..... cîntărește .....
măsoară ..... și are următoarea configurație: Cordonul ombilical lung de ..... are aspect ..... Uterul are leziuni
..... localizate ..... de mărime ....
..... formă ..... complicate cu .....
..... Trompele de mărime ..... conțin .....
au în jur .....
Ovarele în dimensiuni de ..... de formă .....
pe secțiune prezintă ..... și corp galben .....
în dimensiuni de ..... parametrele prezintă
.....

Coloana vertebrală

Coloana vertebrală prezintă fracturi .....
de formă ..... localizate ..... cu deplasare ....
..... Măduva cu învelișurile din dreptul fracturii prezintă
.....

4. EXAMENE COMPLEMENTARE

S-au recoltat sînge, urină și țesuturi pentru dozarea alcoolului, rezultatul fiind .....
.....

S-au recoltat organe din ..... în formol 10% pentru examenul histopatologic, rezultatul fiind .....
.....

S-au recoltat organe pentru examen toxicologic, rezultatul fiind .....
.....

S-au recoltat peri, sînge etc., rezultatul examenului biocriminalistic fiind .....
.....

5. DISCUȚIA FAPTELOR

La autopsia cadavrului s-au constatat următoarele grupe de modificări anatomo-patologice .....
.....
.....

Pe baza acestor date medicale, moartea lui .....
..... poate fi explicată astfel .....
.....

În sprijinul acestei teze sînt următoarele fapte medicale .....
.....

Faptele medicale care nu susțin această teză științifică s-ar putea explica prin .....
.....

6. CONCLUZII

.....
.....
.....
.....
.....

MEDIC EXPERT

_____

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

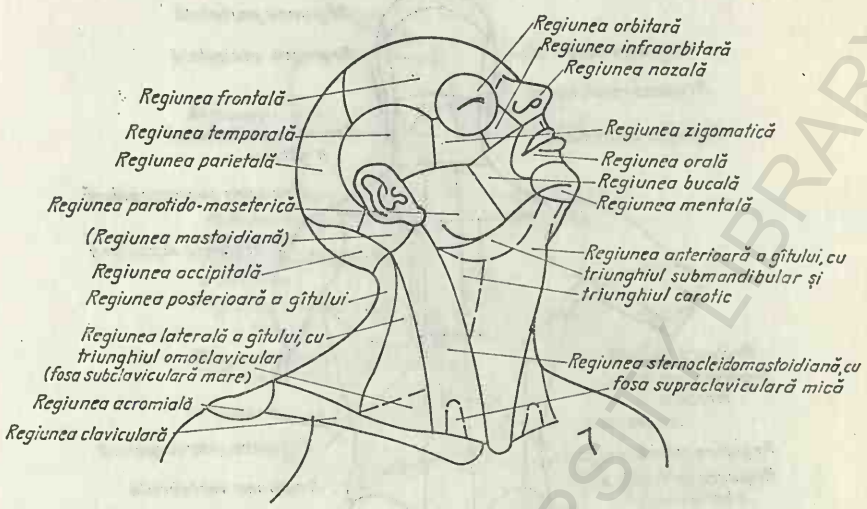


Fig. I. Extremitatea cefalică.

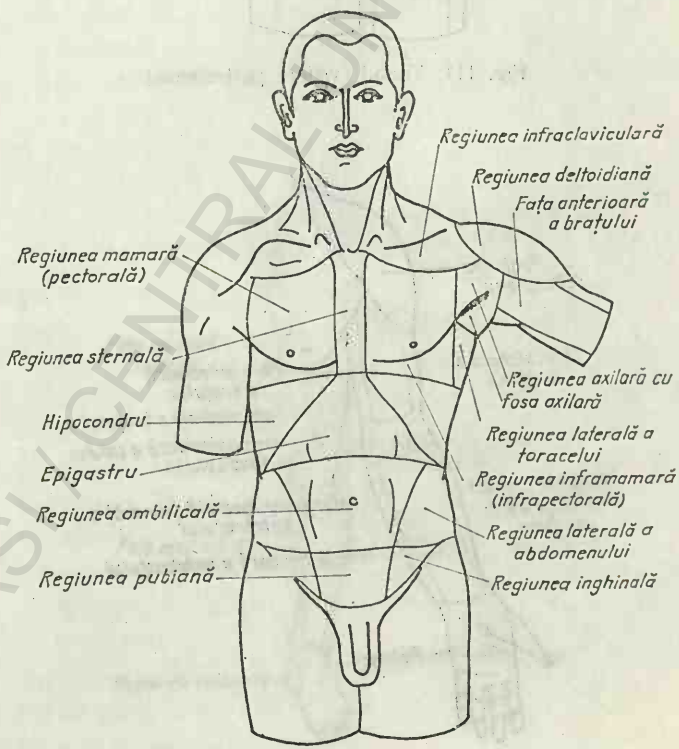


Fig. II. Torsul (vedere anterioară).

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

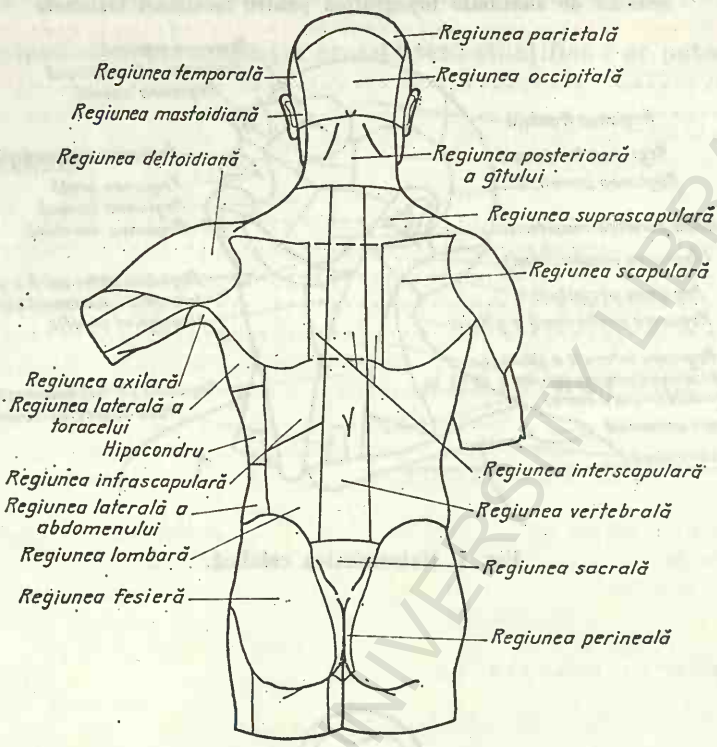


Fig. III. Torsul (vedere posterioară)

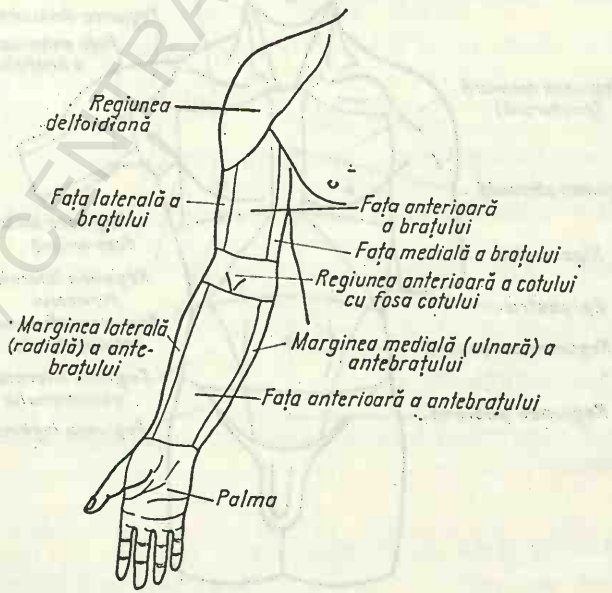


Fig. IV. Membrul superior (vedere anterioară).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

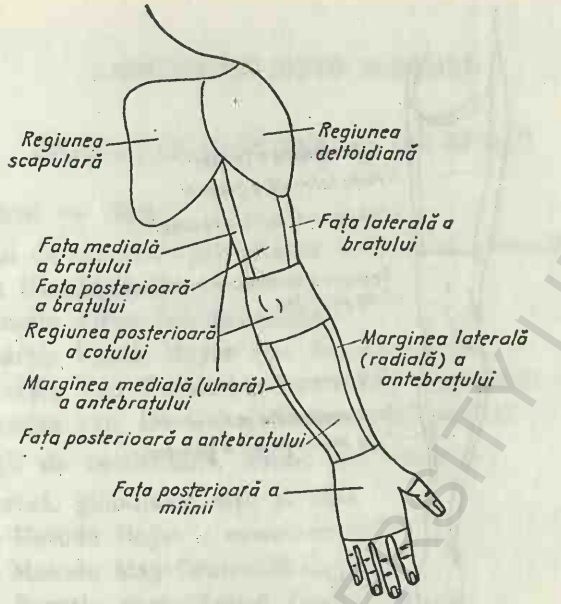


Fig. V. Membrul superior (vedere posterioară).

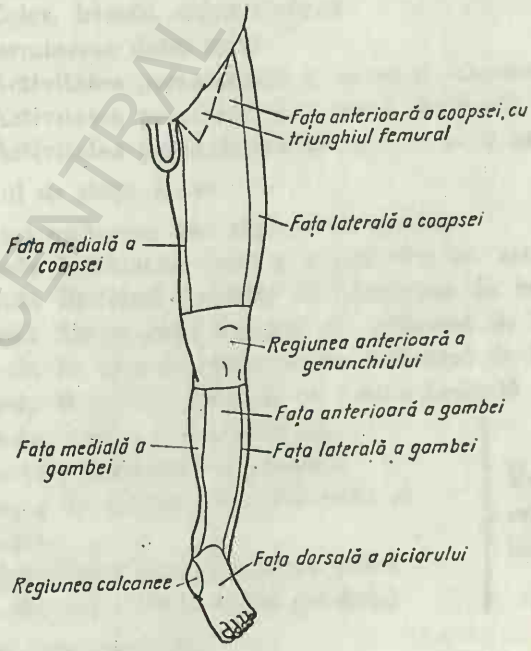


Fig. VI. Membrul inferior (vedere anterioară).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

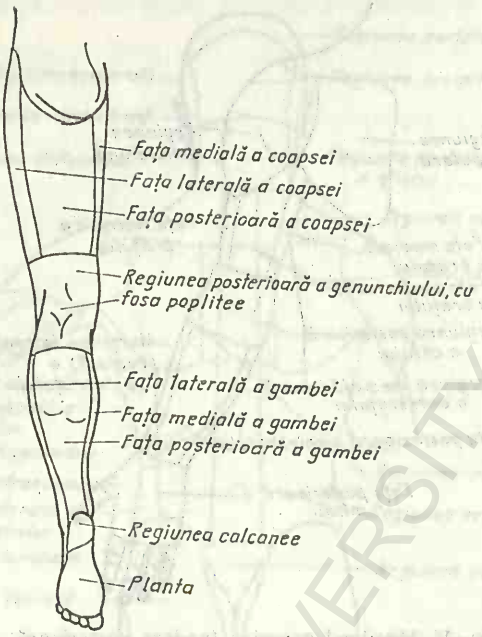


Fig. VII. Membrul inferior (vedere posterioară).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

LABORATOR MEDICO-LEGAL

CERCETAREA PETELOR DE SÎNGE

I. Diagnosticul de sînge

A. Reacţii de orientare (cercetează activitatea peroxidazică şi catalazică a Hb sîngelui)
- — Reacţia Adler (cu benzidină)
- — Reacţia Kastle-Meyer (cu fenolftaleină)
- — Reacţia Von Furth (cu leuco-verde malachit)
- — Reacţia van Deen (cu tinctură de guaiac)

B. Reacţii de certitudine. Probe microscopice:

a) Cercet. globulelor roşii şi albe
- — Metoda Rojas
- — Metoda May-Grünwald-Giemsa
- — Reacţia peroxidazică Graham-Knoll

b) Diferenţierea sîngelui uman de cel animal
- — Activitatea peroxidazică a eozinofil. este specific umană
- — Reacţia peroxidazică Lepehne
- — Reacţia nucleară Feulgen
- — Color. nucleului cu hematoxilină Hansen şi Biebrich-Scarlet.
- — Color. bazofil. după Undritz

c) Determinarea datei petei
- — Activitatea peroxidazică a monocit. dispare la o lună
- — Activitatea peroxidazică neutrof. în 8—12 luni
- — Activitatea peroxidazică a eozinof. în 5 ani

II. Diagnosticul de sînge uman

A. Probe microchimice sau microcristalografice
- — Metoda Teichmann lentă şi rapidă (cu ac. acetic glacial)
- — Metoda Bertrand (cristale de clorhidrat de hematină)
- — Metoda Stryzowscki (cristale de iodhidrat de hematină)
- — Metoda R. Guarino (cristale de iodhidrat de hemină)
- — Metoda Wagenaar (cristale de aceton-hemină)
- — Metoda Oustinoff (cu piridină)
- — Metoda Takayama (cu piridină)
- — Reacţia Asvadurova (cu hidrazină şi piridină)
- — Reacţia Calabuig (cu acid ascorbic)
- — Reacţia Sarda-Derrien (cu piridină)

} Evidenţiază cristalele de hemocromogen

B. Metode spectroscopice
- — Cercet. oxiHb, oxiHb redusă (banda Stockes), carboxiHb.

BCU IAŞI CENTRU VECHI LIBRARY

C. Metode microspectroscopice
- — Cercet. hemocromogen (hematinei alcaline reduse)
- — Cercet. pigm. derivați din Hb:
  - — Met. Hb
  - — Met. Hb cianurată
  - — Sulf Hb
  - — Porfirinele
  - — Hematoporfirinele alcaline

D. Metode imunologice
- — Metoda cu seruri precipitante Uhlenhuth
- — Reacția de precipitare Leers
- — Metode anafilactice
- — Reacția de deviere a complementului
  - — tehnica Neisser-Sals
  - — tehnica Kohnec
- — Metoda inhibiției antiglobulinei Ouchterlony și Coombs
- — Metoda electroforezei
  - — cu tiroxină marcată
  - — combinată cu cromatografia
  - — în geloză
    - — în gel de acrilamid
    - — pe membrane celulozice
    - — în gel de amidon
- — Imunoelectroforeza
- — Imunoprecipitare după:
  - — tehnica Grabar-Williams
  - — tehnica Scheidegger-Hirschfeld
- — Imunoelectrosinereză
- — Imunoelectroforeză bidimensională

III. Cercetarea celulelor tisulare în pata de sînge
- — Coloratia May-Grünwald-Giemsa
- — Coloratia cu hemalaun-eozină
- — Coloratia citologică Papanicolau
- — Coloratia Harris-Shorr

IV. Determinarea sexului în pata de sînge
- — Reacția Feulgen
- — Metoda Barr, Davidson și Smith

V. Cercetarea proveniență sîngelui
- — Sîngele menstrual — cercetarea frotiului după metoda Papanicolau

VI. Individualizarea sîngelui
- — Cercetarea grupelor sangvine eritrocitare. Sistemul ABO, MN, P, Rh, Kell, Duffy, Kidd, Lutheran
- — Cercetarea grupelor serice. Sistemul Gm, Inv., Hp., Gc
- — Cercetarea sistemului HL-A („human leucocyte antigens")

VII. Determinarea antigenilor de grup în petele de sînge
— Cercetarea aglutininelor prin metoda Lattes
— Cercetarea aglutinogenilor prin metoda Holzer
— Cercetarea aglutinogenilor prin metoda Kind
— Cercetarea aglutinogenilor prin metoda Coombs-Dodd
— Cercetarea aglutinogenilor prin metoda Nickolls-Pereira
— Cercetarea grupelor plasmatice după Polonovschi și Jayle.

CERCETAREA PETELOR DE SPERMĂ

Cercetarea morfologiei petelor:
- Examen în lumina Wood
- Spectrografia în U.V.

Reacții microcristalografice:

Evidențierea colinei
- R. Florence (r. iodo-iodurat)
- R. Peltzer (r. iodo-iodurat)

Evidențierea sperminei
- R. Barberio (acid picric)
- R. Lecha Manzo (ac. fosfomolibdic)
- R. Guarino (acid stipnic)
- R. Puranen (galben-naftol)
- R. Dominici (bromură de aur)

Cercetarea fosfatazelor acide:

Metode calitative:
- M. Welker (α naftilfosfat de Na)
- M. Berg (clorură de dianisiltetrazolium)
- M. Baltz-Ploberger

Metode cantitative:
- M. Rasmussen
- M. Boucherle

Cercetarea spermatozoizilor:

Metode microscopice
- Metoda prin macerare simplă
- Metoda prin macerare centrifugare
- Metoda prin raclaj
- Metoda prin distrucția suportului
- Microscopia în fluorescență

Metode fizico-chimice
- Electroforeza
- Microelectroforeza în geloză

BCUJ CLUJ-NAPOCA BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Metode biologice:

- Cu seruri precipitante
- R. de precipitare în mediu lichid
- R. de precipitare în mediu gelifiat
- Imunoelectroforeză
- Imunoelectroforeza cu ajutorul serului antiuman

PETE DE MECONIU

Cercetarea compoziției microscopice:

- Elemente de origine gastro-intestin.
- Elemente de origine hepatică
- Elemente de origine amniotică

Metode chimice:

- Cercetarea albuminei, pigmenților și sărurilor biliare prin reacția Gmelin și Pettenköfer
- Cercetarea fosfatazei acide (met. Bessey-Lowry)

Metode spectrofotometrice

Metode biologice:

- Cu seruri precipitante
- Metoda anafilactică Leclercq
- Metoda de fixare a complementului Albrycht

PETE DE SALIVĂ, MUCUS NAZAL

Examen microscopic

PETE DE LAPTE ȘI COLOSTRU

Examen citologic Kernbach-Cotuțiu

Metode serologice

PETE DE FECALE

Metode chimice de cercetare a reziduurilor

- — Proteice
- — Hidrați de carbon
- — Secreția glandelor digestive
- — Evid. stercobilinei

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PETE DE URINĂ

Metode microscopice
Metode chimice:
— Reactiv fosfotungstic pentru acid uric
— Reacţia microchimică pentru xantiluree
Metode spectrografice Husson
Metode biologice

CERCETAREA FIRELOR DE PĂR

1. Diagnosticul pozitiv (de păr)
   Morfologie macroscopică
   Morfologie microscopică:
   — Secţiune longitudinală
   — Secţiune transversală
   Examenul microscopic în lumina infraroşie Aznar
   Examen de microscopie electronică
2. Diagnosticul de specie:
   — Diametru mediu
   — Aspectul medularei
   — Indicele medular
3. Diagnosticul de sex
4. Diagnosticul de proveniență a părului uman (talia, forma bulbului, culoarea etc.).
5. Diagnosticul de vîrstă a părului
6. Boli concomitente:
   — Păr malformat traumatic
   — Păr parazitat
   — Intoxicaţii (As, Bi, Tl, U)
7. Circumstanţe speciale: păr căzut, smuls, rupt, tăiat, calcinat, înhumat etc.
8. Cercetarea corpusculului Y prin fluorescenţă ca fiind dublu în bulbul firului de păr rămas în mîna victimei a dus la reţinerea autorului real dintre trei agresori.

CERCETAREA UNGHIILOR

1. Proveniența — Cercetarea în lumina ↗ transmisă / ↘ reflectată
2. Specia şi rasa
3. Sexul şi vîrsta
4. Sediul

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5. Particularități:
   - Genetice
   - Anatomice
   - Traumatice
   - Patologice
   - Parazitare
   - Profesionale
   - Toxice
   - Terapeutice și culturale
6. Cercetarea resturilor subunghiale.

IDENTIFICAREA MEDICO-LEGALĂ

Antropometrie somatoscopică:
- Forme
- Dimensiuni
- Particularități (anomalii)

Pentru ochi (în plus)
- Fotorobotul
- Identikit-ul
- Fotografia de semnalare

Dactiloscopie și dactilotehnie
Cheiloscopie Renaud
Identificarea vocii umane (Kersta)
Tatuaje
Osteoantropometrie
Examene histologice:
- Secțiune pe os decalcifiat
- Secțiune pe os nedecalcifiat

Prin colorație:
- cu tionină — acid picric
- cu tionină — acid fosfotungstic
- Weidenreich
- cu hemalaun — roș Congo

1. Cercetarea dezvoltării osoase:
   - Vîrsta gestațională
   - Viața extrauterină
   - Formulele Balthazard
   - Formulele Olivier-Pineau
   - Cercetarea radiologică Jonata (a cronologiei nucleilor de osificare)
2. Determinarea vîrstei fetale
   - Formulele Olivier-Pineau
   - Formulele Balthazard
   - Tehnica Spalteholz

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. Originea umană a osului
   - Metode osteologice
   - Metode histologice:
     - Morfologia osteoplastelor Carvalho
     - Diametrul canal. Havers
     - Numărul canal. Havers
     - Grosimea lamelor osoase Müller
     - Histologie topografică
   - Metode radiologice
   - Metode serologice:
     - Cu seruri precipitante
     - Anafilactică
   - Metode antropologice (antropometrice)
     - Cercetare anatomică (dimensiuni, indici etc.).
     - Cercet. lacunelor
       - Congenitale
       - Traumatice
       - Tumorale
       - Chirurgicale

4. Determinarea sexului (oase cu coeficient maxim de sexualizare)
5. Determinarea taliei scheletului
   - Cu ajutorul oaselor lungi:
     - Tabelele Rollet
     - Tabelele Manouvrier
     - Formulele Pearson
     - Tabelele Telkka
     - Tabelele Trotter-Gleser
     - Calculul erorii standard după Keen
   - Cu ajutorul omoplatului:
     - Metoda Olivier-Pineau
     - Metoda Fully
   - Determinarea taliei copilului:
     - Metoda Stewart
     - Metoda Habib
     - Metoda Stuart-Stevenson
     - Metoda Lelong
     - Prin teleradiografie (Piédelièvre)
6. Determinarea vîrstei scheletului:
   - Cercetarea radiografică a dinților deciduali și permanenți
   - Tabelele Tisserand-Perrier a erupției dinților permanenți
   - Tabelele Wilkins a apariției punctelor de osificare

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

— Cercetarea:

- — cartilajelor condrosternale
- — obliterării suturilor craniene
- — suprafețelor articulare a vertebrelor
- — epifizelor oaselor lungi
- — indicelui medular al oaselor lungi

7. Reconstituirea înfățișării:
   - — La cadavre deformate
   - — Pe schelet cranio-facial

CERCETAREA STOMATOLOGICO-LEGALĂ A DINȚILOR

1. Proveniența:
   - — De specie
   - — De rasă
   - — De sex
   - — De vîrstă
   - — De morfotip
2. Particularități:
   - — Anatomice
   - — Traumatice
   - — Patologice
   - — Protetice
   - — Profesionale
     - — mecanice
     - — chimice
   - — Terapeutice
3. Circumstanțe:
   - — Dinți căzuți, smulși
   - — Dinți rupți, sfărîmați
   - — Dinți calcinați, corodați, înhumați
   - — Prin morfologie macroscopică
   - — Prin morfologie microscopică
   - — Prin cronologia erupției dentare Gustafson și indicii Shiro-Ito pentru vîrstă
   - — Prin cercetarea mușcăturilor și urmelor lăsate de dinți
   - — Consemnarea în odontograme — Dechaume
     — O.I.P.C.
   - — Identificarea victimelor catastrofelor

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IDENTIFICAREA ARMELOR DE FOC

A. Determinarea tipului de armă prin:
   - Glonț
     - găsit
     - inclus
   - Dulie

B. Determinarea glonțului și duliei după o armă de foc prin:
   - Metode indirecte (de derulare a glonțului)
   - Metode directe:
     - Identificarea duliei cu microscopul comparativ
     - Spectrometrie de emisie în U.V.

C. Cercetarea pulberii:
   - Negre
   - Piroxilate (fără fum)
   - Mixte
   - Coloidale

UNELE EXPLORĂRI ACTUALE PRIVIND IDENTIFICAREA ÎN MEDICINA LEGALĂ

- Identificarea persoanei prin Identikit (prin desene ale trăsăturilor faciale ce se pot combina diferit).
- Identificarea facială Penry (asamblarea prin fotografii) sau photo-fit-ul de realizare a conturului feței și profilului prin fotografii ale unor elemente faciale individuale prin care se realizează circa 5 400 milioane faciesuri.
- Cheiloscopia prin amprentele buzelor de pe pahare, țigări etc.
- Identificarea vocii prin fotospectrograful sonor.
- Ridicarea amprentelor după metoda Ceccaldi prin utilizarea proprietăților de absorbție a atomilor metalici vaporizați de suprafața de hîrtie neacoperită de amprente.
- Hologramа Bradford de identificare cu laser a urmelor picioarelor, ce arată mărimea piciorului, greutatea corpului și timpul scurs de la producerea amprentei (viziune tridimensională a obiectelor).
- Computerizarea datelor obținute în scopul identificării și recunoașterii unui fragment de amprentă din cîteva milioane.
- Stabilirea vechimii petei de sînge cu colorimetrul fotoelectric Patterson (distinge o pată de o zi pînă la 3 săptămîni).
- Identificarea celor din aceeași grupă sangvină prin metoda imunoelectroforezei Kirk, mostrelor Laurell (ce dă mostre dimensionale a proteinelor din ser) sau a individualizării enzimelor cu „variante polimorfe" de la o persoană la alta (variantele enzimatice a lui Cuillford).

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

— Identificarea automată a *Rh* prin autoanalizatorul Pereira.
— Cercetarea antigenelor ABO din păr după metoda Shoichi-Yada.
— Identificarea drogurilor dintr-o colecție de spectrograme în infraroșu după metoda Curry.

BIBLIOGRAFIE

1. Dérobert L.: *Médecine légale*, Flammarion, 1975.
2. Kind S., Overman M.: *Science against crime*, Aldus Books, Londra, 1972.
3. Simonin C.: *Médecine légale judiciaire*, Maloine, 1956.
4. Walls J.H.: *Forensic Science*, Sweet and Maxwell, Londra, 1973.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DICȚIONAR DE TERMENI MEDICO-LEGALI OMONIMI

În limba română	Franceză	Engleză
abandonat	abandonné	abandoned
abulie	aboulie	abulia
abortiv	abortif	abortive
acceleraţie	accélération	acceleration
acces	accès	crisis
act impulsiv	acte impulsif	impulsive act
(a) acţiona	agir	to act
adaptare	adaptation	adaptation (adjustment)
adipoceară	adipocire	adipocere formation
adulter	adultère	adultery
agitaţie	agitation	agitation
agonie	agonie	agony
alienare	aliénation	estrangement
alice	plomb de chasse	small shot
ambiguu	ambigu	ambiguous
ameninţare	menace	threat
aparenţă	apparente	apparently
apoplexie	apoplexie	stroke
aptitudinea (de a conduce)	aptitude (à conduire)	ability (to drive)
armă foc	arme à feu	rifle, gune, fire arm
armă albă	arme blanche	white arm
arsură	brûlure	burns
ascuţit	aiguisé (tranchant)	sharp (pointed, tapering)

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
atentat (la pudoare)	attentat (à la pudeur)	sexual assault
atentat (la moravuri)	attentat au moeur	sexual assault
autostrangulare	autostrangulation	self strangulation (by ligature)
autoacuzare	autoaccusation	self accusation
automutilare	automutilation	self mutilation
a avea cunoştinţă	avoir conscience	to be aware
aversiune	aversion (dégoût)	aversion
asfixie	asphyxie	asphyxia
autoliză	autolyse	autolysis (dissolution, decomposition)
aversiune	aversion	aversion
avort	l'avortement	abortion (miscarriage)
balistic	balistique	ballistics
bandă	bande	gang
bestialitate	bestialité	brutishness
beţie	ivresse	drunkenness
bizar	bizarre	odd
bol	bol alimentaire	obstruction blockage
carbonizare	carbonisation	burning (carbonization)
carenţă (afectivă)	carence	emotional deprivation
cartuş	cartouche	cartridge
cădere	chute	fall
căluş	bâillon (tourniquet)	gag
cerebropatie	cérébropathie	brain damage
certificat	certificat	certificate
cianoză	cyanose	cyanosis
ciuperci	champignons	mushrooms

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
cîştigat	acquis	acquired
coit	coit	sexual intercourse
coliziune	collision	collision
comotie	commotion	concussion (commotio)
complezenţă	complaisance	somatic compliance
comportament	comportement	behaviour
confuz	confus	confused
contondent	contondant	hurtful
contralovitură	contre-coup	contre-coup
contuzie	contusion	contusion (bruise)
criminologie	criminologie	criminology
criză	crise	crisis
culpabil	coupable	guilty
cverulent	quérulant	querulant
debilitate mintală	débilité mentale	mental retardation
decelerație	decelération	deceleration
decepție	déception	disappointment
deflorare	déflorer (défloration)	to deflower
delir de influenţă	délire d'influence	delusion of influence
delir	délire	delusion
delincvenţă	délinquance	delinquency
delir de grandoare	délire de grandeur	delusion of grandeur
delir de interpretare	délire d'interprétation	delusion of reference
delir de persecuţie	délire de persécution	delusion of persecution
delir de revendicare	délire de revendication	litigious paranoia
deontologie	deontologie	deontology

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
dependenţă	dépendance	dependence
descuamare	desquamation	abrasion
deteriorare	détérioration	deterioration
despicător	fendreur	chop
despicat (a despica)	fendu	to split, to chop
diatomee	diatomée	diatoms (diaton test)
disimulare (a disimula)	dissimuler (camoufler)	to disemble
disgenezie	dysgénésie	defective development
discernămînt	discernement (distinguer)	discrimination (to discern)
divorţ	divorce	divorce
docimazie hidrostatică	docimasie hydrostatique	flotation test (hydrostatic lung)
drept	droit	right
echimoză	ecchymose	bruis (bruising)
egoism	égoisme	selfishness
electrocuţie	électrocution	electrocution
embolie	embolie	embolism (air, fat, amniotic)
empatie	empathie	empathy
engramă	engramme	imprint
eşec	échec	failure
excoriaţie	excoriation	abrasion, graze, scratche (excoriate)
exhibiţionism	exhibitionisme	exhibitionist
expertiză	expertise	examination
fetişism	fetichism	fetishism
filiaţie	filiation	filiation (filial)
fictiv	fictif	fictitious
fugă de idei	fuite des idées	flight of ideas

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
fractură	fracture	fracture
functional	fonctionnel	funcţional
fulger	éclair	flash
gelozie	jalousie	jealousy
glonţ	balle	bullet
guleraş eroziv	collerette érosive	collar (ring) of abrasion
guleraş de ştergere	collerette d'essuyage	collar (ring) of wipe
hematom	hématome	haemorrhage (in haematom)
hematom subdural	hématome soudural	subdural haemorrhage (haematoma)
hematom extradural	hématome extradural	extradural haemorrhage (haematoma)
hermafroditism	hermaphrodisme	hermaphroditism
hidrocuţie	hydrocution	water shock
hipersensibilitate	hypersensibilité	drug sensitivity
hipotermie	hypothermie (réfrigération) refroidissement	hypothermia
imbecilitate	imbécilité	imbecility
impact	impact	impact
impotenţă	impuissance	impotence
impudic	impudicité	unchastity
inadaptare	inadaptation	maladjustment
inafectiv	inaffectif	callous
incapacitate	incapacité	incapacity
incest	inceste	incest
inconştient	inconscient	unconscious
infanticide	infanticide	infanticide
infracţiune	infraction	offence

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
inhibiţie	inhibition	inhibition
insensibilitate	insensibilité	insensitivity
instrument înţepător	instrument piquant	sharp instrument
instrument înţepător — tăietor	instrument tranchant et piquant	cutter and sharp instrument
instrument tăietor	instrument tranchant	cutter instrument
intenţie	intention	purpose
interdicţie	interdiction	deprivation
intoxicaţie	intoxication	poisoning
inversiune	inversion	inversion
intenţional	intentionnel	intentional
îmbucătăţire (depeşaj) (a îmbucătăţi)	dépeçage	to dismember
împuşcare (a împuşca)	fusillade	to shot (to fire)
înfiere	adopter	adoption
întîrziere (mintală)	retard	backwardness
îndoială	doute	doubt
înec (submersie)	noyé, noyade (submersion)	drowning (immersion)
laţ	noeud coulant	loop, moose
lege	loi	law
lividităţi	lividité	lividity (hypostasis)
lovire	coup	coup
manoperă	façon (exécution)	labour
masturbare	masturbation	masturbation
maternitate	maternité (maternage)	maternity (mothering)
mecanism	mécanisme	working off mechanism
mediu	environnement	environment
minciună	mensonge	lie

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
minciună patologică	mensonge pathologique	pathological lying
minor	mineur	underage
mumifiere	momification	mummification
nebun	foule	crowd
nod	noeud	knot
ocluzie	occluzion	obstruction smothering (blockage)
ocupant	occupant	occupant
omor	homicide (meurtre)	manslaughter (homicide, murder)
omor prin imprudenţă	homicide par imprudence	manslaughter (homicide murder)
omor şi viol	meurtre précéde de viol	rap murder
ostilitate	hostilité	hostility
pată	tache	stain (spot)
paternitate	paternité	paternity
pederastie	pédérastie	pederasty
penal	pénal	criminal
pedeapsă	punition	punishment
perversiune	perversion	perversity
peteşie	pétéchie	petechial haemorrhage
pieton	piéton	pedestrian
plagă	lesion (plaie)	wound
plagă muşcată	plaie mordu	bite mark
plagă despicată	plaie fendu	wound chop
plagă contuză	plaie contuse	contusion (bruise-wound)
plancton	plancton	plancton
plagă tăiată	lesion tranchant	incised wound (cut, slice)
plagă înţepată	lesion piquant	stab wound (stab, perforation)

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
plesnită (plagă) (a plesni)	fêlé, craque	to hit, to burst
precipitare	précipitation	precipitation (to hasten)
priză (de conștiință)	prise de conscience	realization
probator	probatoire	evidence
proectil	projectile	missile (bullet, shell)
probă	preuve	proof (test, evidence)
procedură	procédure	procedure
psihoză carceralâ	psychose carcérale	prison psychosis
rană	blessure (plaie)	wound
responsabilitate	responsabilité	responsability
raport	rapport	report (account)
răcire cadaverică	refroidissement cadaverique	cooling of the body
represiune	répression	repression
rigiditate	rigidité	rigor mortis
sadism	sadisme	sadism
scalp	scalp	scalp
seducție	séduction	seduction
sentiment de culpabilitate	sentiment de culpabilité	guilt feeling
simulare	simulation (simuler)	simulation (malingerer, to simulate)
sincopă	syncope	syncope
sindrom	syndrome	syndrome
sindrom zdrobire	crush syndrome	crush syndrome
sinistroză	sinistrose	compensation neurosis
slutire	mutilation (enlaidissement)	to disfigure
solitar	solitaire	solitary
spînzurare	pendaison	hanging

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În limba română	Franceză	Engleză
strigăt (alarmă)	cri	cry
strîmtorare	rétrécissement	narrowing (of the field)
stare crepusculară	état crépusculaire	twilight state
subit	subit	sudden death
sugestibilitate	suggestibilité	suggestibility
sufocare	suffocation (étouffement)	stifle, smother
susceptibilitate	susceptibilité	touchiness
şantaj	chantage	blackmail
şanţ	rainure	ditch
sugrumare	etraglement	manual strangulation
strangulare	strangulation	strangulation (by ligature)
tandreţe	tendresse	tenderness
testament	testament	testamentary capacity
tentativă (de suicid)	tentative de suicide	suicidal attempt
toxicomanie	toxicomanie	toxicomania
transsexualism	transsexualisme	transsexualism
traumatism	traumatisme	injury (trauma)
traumatism prin explozie	blast injury	blast injury
traumatism prin înec	immersion blast	immersion blast
traumatism prin obiecte dure	solid blast	solid blast
trăsnet	foudre	lightning
tulburări de comportament	trouble de comportement	behaviour disorder
ultraj la pudoare	outrage à la pudeur	sexual offence
validitate	validité	validity
vătămare	dommage	harm (damage)
venin	venin	venom (poison)
vagabondaj	vagabondage	vagrancy
viol	viol	rape
violenţă	violence	violence
virgin	vierge	virgin (chaste)
zonă de tatuaj	zone de tatouage	zone (area) of tatto

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

GLOSAR MEDICO-LEGAL

Aberatio ictus — deviere a loviturii

Ab irato — la mînie.

Abrogare — desființare, scoaterea unei legi din vigoare. Poate fi expresă (la care se referă legea) și tacită (de la sine).

Achitare — liberare de răspundere, stabilită de instanță.

Actor incubit probatio — sarcina probei revine celui ce acuză.

Acțiune — împuternicire legală de a aduce în fața justiției o situație.

Adulter — fapta unei persoane căsătorite de a avea relații sexuale în afara căsătoriei.

Aerobioză — capacitatea organismelor vii de a utiliza O_2 molecular liber pentru a trăi. Viața aerobă s-a dezvoltat din cea anaerobă.

A fortiori — cu o mai puternică rațiune

Agresiune — descărcare motorie sau verbală în cadrul aceleiași specii.

Aleator — la întîmplare.

Alienare — înstrăinare, pierdere, abandonare (înstrăinare de propriul psihic = alienare psihică).

Amenitate — proprietatea condițiilor de existență de a face viața plăcută, agreabilă, atractivă.

Amnistie — înlăturare, prin lege, a răspunderii penale și consecințelor unei condamnări.

Anchetă — cercetare cu scopul de a strînge dovezi necesare constatării unui fapt.

Anabioză — desfășurarea latentă sau întreruperea funcțiilor vitale în condiții nefavorabile de mediu (ex. hibernarea). Redobîndirea vieții după o moarte aparentă.

Animus nocendi — intenția de a face rău cuiva

Anomie — nerecunoaștere a normelor morale și sociale.

Antropologie — știința despre om, despre problematica generală a omului. Pentru Marx, este o sinteză între științele naturii și științele sociale.

Anaerobioză — incapacitatea unor sisteme vii de a trăi în prezența O_2 molecular liber. Supraviețuire în condiții nefavorabile. Etapele anaerobe de metabolism se numesc glicoliză. Putrefacția și

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

fermentația ca procese anaerobe au rol în circuitul substanțelor în natură.

Asasinat — omor săvîrșit cu premeditare.

Atriție — pierdere prin distrugere a țesuturilor.

Atentat — modalitate de incriminare a unei fapte îndreptată de regulă împotriva vieții și sănătății persoanei.

Autoliză — autodigestie, autodistrugere, autodezintegrare a unui țesut sau celule sub acțiunea enzimelor proprii.

Automatism — act motor (medular sau cortical) fără participarea voinței (în sindromul Elpenor, accidentul e semiconștient și semiautomatic și se produce sub influența excesului de alcool și somnifere).

Autoritate de lucru judecat — putere recunoscută prin lege a unei hotărîri judecătorești definitive de a fi aplicată.

Avort — infracțiune de întrerupere a cursului sarcinii prin orice mijloace în afara condițiilor admise de lege.

Axiologie — știința valorilor.

Bigamie — infracțiune ce constă în încheierea unei noi căsătorii de către o persoană căsătorită.

Bona fides — bună credință (a fi de...)

Calomnie — afirmare publică despre o faptă făcută de o persoană ce ar duce la condamnare și care nu e adevărată. De s-a făcut proba veridicității nu e calomnie.

Capacitate penală — însușirea persoanei ce a împlinit 14 ani de a răspunde psihic de încălcarea legii.

Casare — desființarea unei hotărîrii judecătorești de către instanța superioară ca urmare a admiterii recursului.

Cauțiune — sumă de bani depusă de învinuit pentru a garanta prezența sa la judecată, plata despăgubirilor etc. E admisă excepțional pentru cetățenii străini.

Caz fortuit — eveniment imprevizibil ce se suprapune acțiunii unei persoane și pe care autorul nu l-a urmărit.

Citație — act prin care se ordonă unei persoane de a se prezenta la un organ judiciar.

Cod penal — norme de drept ce apără ordinea socială contra infracțiunilor.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

C. I. (coeficient de inteligență) — raportul (multiplicat cu 100) dintre vîrsta mintală atribuită la examinarea rezultatelor testelor și vîrsta reală a copilului.

Coeficient de corelație — exprimă gradul de similitudine între valorile găsite la măsurarea unui caracter la 2 subiecți supuși comparației (ex. gradul de asemănare între C. I. a gemenilor în interiorul unei perechi).

Coliziune — ciocnire

Comisie rogatorie — efectuarea unui act procedural la cererea unui organ judiciar de către un alt organ competent din altă localitate.

Complet de judecată — colectiv de judecată și asesori ce soluționează cauze judiciare.

Complianță — variație de volum pulmonar necesară pentru a produce o variație de presiune pulmonară. Se exprimă în l/m^3 apă și este statică (în apnee) sau dinamică (în ventilație).

Complice — persoană ce cu intenție ia parte la săvîrșirea unei fapte penale.

Concludența probei — însușirea unei probe de a fi edificatoare în speță.

Concurs de infracțiuni — existența mai multor infracțiuni săvîrșite de aceeași persoană.

Confruntare — audiere simultană a persoanelor între care sînt declarații contradictorii.

Contravenție — abatere administrativă la care se aplică măsuri de influențare obștească.

Contuzie (plagă) — rană produsă de obiecte boante.

Corp delict — obiect folosit la săvîrșirea unei infracțiuni.

Corupție — a determina la o declarație neadevărată pentru bani.

Crimă — infracțiune gravă comisă de regulă cu intenție (clasificarea veche a infracțiunilor). Ex. crime contra umanității, păcii, omului etc.

Curator — persoană însărcinată legal de a îngriji de interesele unei persoane pusă sub curatelă.

Cutumă — normă impusă prin obicei, tradiție.

Culpă — greșeală, vinovăție ce constă în neprevederea sau ușurința față de consecințele unor fapte proprii.

Curatelă — reprezentarea unei persoane în vîrstă, infirme etc., dar care nu afectează capacitatea celui reprezentat.

Damnum emergens — pagubă efectivă rezultată dintr-o faptă ilicită.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Delapidare — însușirea, de către un funcționar, de bani sau valori din avutul obștesc și pe care le gestionează.

De lege ferenda — propuneri de lege

De lege lata — despre legea în vigoare.

Delict — infracțiune sancționată cu închisoare corecțională sau amendă.

Denunț — înștiințare despre comiterea unei fapte penale

Depoziție — declarația în fața unui organ judiciar.

Derogare — modificare a unui act normativ de către o nouă lege.

Desistare — renunțare de bună voie la o infracțiune.

Desuetudine — ieșire din vigoare a unei legi prin neaplicarea ei.

Detenție — privațiune de libertate.

Dezincriminare — scoaterea unei fapte de sub imperiul legii, nemaiprezentînd pericol social.

Diatomee — alge unicelulare acvatice cu perete celular impregnat cu siliciu. Sînt circa 10 000 specii ce alcătuiesc fitoplanctonul.

Dimorfism — existența a două tipuri structurale la aceeași specie (ex., individ cu caractere feminine și masculine).

Discernămînt — capacitatea psihică a unei persoane de a-și da seama de caracterul și urmările faptelor sale.

Discordanță (sindrom) — lipsa de armonie între diferitele funcții psihice. Are ca trăsături (Chaslin): ambivalența (trăirea simultană sau succesivă a două acte contradictorii), bizareria (atitudini paradoxale), impenetrabilitatea (cu tonalitate enigmatică / și ermetism), detașarea (retragerea în sine). În general bolnavul are un caracter anarhic, este incoerent și ciudat, simptomele avînd un caracter straniu.

Dol — prevederea rezultatelor faptei comise (sinonim cu intenție).

Drept procesual penal — totalitatea normelor juridice ce reglementează desfășurarea procesului penal.

Echitate — a promova egalitatea în relațiile sociale.

Elitre — aripile anterioare sau acoperitoare a insectelor coleoptere.

Empatie — formă de cunoaștere și înțelegere a altuia prin transpunere în trăirile lui psihice.

Endoteliu — strat de celule ce căptușesc vasele organismului (sistem închis).

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Epiteliu — țesut de acoperire a unor cavități ce comunică cu exteriorul.

Eroare — reprezentare greșită, necorespunzătoare adevărului, prin cunoașterea incompletă sau greșită a realității. Poate fi eroare de fapt (necunoașterea realității) și eroare de drept (necunoașterea legii).

Escaladare — trecere peste o barieră, zid.

Etatic — de stat

Eugenie — ameliorarea genetică a populației umane prin sfat genetic premarital ce evită nașterea indivizilor tarați.

Euristic — cu utilitate în descoperirea științifică a altui fapt.

Eutanasie — moarte lipsită de dureri, omor la rugăminte.

Expert — persoană competentă într-un domeniu de activitate și care ajută organele judiciare.

Excoriație *(ex corion)* — în afara corionului (leziune a epidermului).

Expiere — ispășire a unei vini (greșeli).

Expertiza filiației — cercetarea asemănărilor dintre genitori și progeni în cadrul unui set de caractere (morfologice, biochimice, imunologice).

Faptă putativă — faptă imaginară.

Farmacogenetică — studiul variantelor biochimice ale speciei capabile a modifica răspunsul la medicamente.

Flagrant delict — descoperirea delictului în timpul săvîrșirii sale.

Filiație — legătură directă între lucruri și mai ales între ființe ce rezultă unele din altele.

Filogeneză — descendența organismelor speciei, unele din altele, în decursul evoluției.

Fluorescență — proprietatea unor substanțe de a emite lumină în cursul unei iradieri.

Forfetar — preț dinainte stabilit prin tocmeală

Forță probantă — eficacitatea unui mijloc de probă.

Fraudă — înșelare, amăgire, inducere în eroare în scop de profit.

Genocid — exterminarea în masă a unei populații și care reprezintă o gravă crimă contra umanității.

Glicoliză — tip anaerob, arhaic de degradare a glucozei pentru obținerea de energie. Servește pentru acoperirea unor nevoi urgente de energie, cu producerea de acid piruvic, lactic și cu randament inferior aerobiozei.

Gnoseologie — știința fundamentelor cunoașterii

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Grațiere — înlăturarea executării pedepsei.

Heritabilitate — fracțiunea variantei fenotipice constatate într-o populație și care se datorește variației fenotipice.

Hic et nunc — aici și acum.

Homeoterme — animale cu sînge cald ce mențin temperatura mediului intern grație unor mecanisme homeostatice termoreglatorii (termogeneză și termoliză). Între poikiloterme și homeoterme se află animalele ce hibernează (liliacul, ursul etc.)

Huliganism — infracțiune de ultraj contra bunelor moravuri și tulburarea liniștii publice.

Iatrogenie — producerea unei boli de către medic și de medicamentele ce le administrează.

Idoneu — convenabil, propriu unui lucru (a găsi soluția proprie la o dificultate).

Ilicit — act contrar legii penale

Impunitate — nepedepsire

Imputabilitate — atribuirea vinovăției unei persoane vinovate.

Impact — contactul cu un obiect printr-o ciocnire (coliziunea a două corpuri).

Involuție — procese și modificări opuse evoluției

Intersexualitate — condiția unui organism de a poseda caractere intermediare între masculul și femela tipică.

In dubio pro reo — în caz de îndoială, aceasta este favorabilă infractorului.

Imprescriptibil — nesusceptibil de prescripție, ce nu poate fi caduc (ex., drepturi imprescriptibile, permanente, a omului).

Incriminare — prevederea în legea penală a unei fapte ca infracțiune. A pune în cauză, a pune sub acuzare.

Inculpare — învinuire.

Infanticid — uciderea unui copil

Infractor — persoană ce săvîrșește cu vinovăție o faptă penală.

Infracțiune — faptă săvîrșită cu vinovăție și prevăzută de legea penală.

Input — intrare

Instigare — determinarea unei persoane la săvîrșirea unei fapte penale.

Instituție penală — categorie de norme penale ce fundamentează un anumit domeniu penal.

Insultă — atingerea onoarei sau reputației unei persoane,

BCU MS / CENTRAL UNIVERSITAR

Intenție — dorință deliberată de a îndeplini un act, formă a vinovăției prin care se prevede, acceptă și urmărește rezultatul faptei.

Incheiere — hotărîre judecătorească prin care se rezolvă unele probleme ridicate în cursul judecății.

Înscriere în fals — denunțarea unui înscris ca fiind fals.

Iter criminis — rezoluție criminală.

Jurisprudență — denumire dată practicii judiciare

Legitimă apărare — înlăturarea răspunderii penale datorită unui atac material direct și injust la care subiectul a răspuns apărîndu-se și provocînd un fapt penal.

Locus regit actum — judecare după legea locului unde s-a comis faptul.

Lucrum cessans — beneficiu nerealizat

Marker — element identificator, care marchează în mod caracteristic o trăsătură a unui țesut, o aptitudine a unui obiect etc. (ex., markeri genetici, morfologici, biochimici etc.). Sinonim cu marcă (element ce se poate urmări și marchează o situație). În genetică, diferența dintre două sau mai multe trăsături ale unui caracter stabil ce posedă trăsături contrastante, accesibile cercetării. E o genă de localizare cunoscută și efect fenotipic evident utilizat în studiile genetice (ex. diferența de migrare a Hp).

Matrimonial — în raport cu căsătoria.

Neminem laedere — a nu vătăma pe nimeni.

Nemo censetur legem ignorare — nimeni nu poate fi considerat că nu cunoaște legea.

Neretroactivitatea legii — legea nu are efecte asupra faptelor comise anterior emiterii ei.

Non bis in idem — nu poate fi judecat de două ori pentru aceeași faptă.

Noologic — știința cugetării, a vieții spirituale.

Noogeneză — geneza cugetării

Nullum crimen sine lege — nici o infracțiune fără lege.

Nulla poena sine lege — nici o pedeapsă în afara legii.

Omor — uciderea unei alte persoane (sinonim cu omucidere).

Omor din culpă — uciderea unei persoane în mod neintenționat, din greșeală.

Onus probandi — sarcina probei revine acuzării.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ontogeneză — dezvoltarea organismului din stadiul de ou pînă la cel de adult.

Organ — nivel de organizare a materiei vii în structuri ce îndeplinesc funcţii specifice. Organul vital e organul fără de care viaţa organismului e imposibilă. Azi ficatul, rinichii, unele glande cu secreţie internă, sînt considerate organe vitale.

Output — ieşire.

Paricid — omorul asupra părinţilor.

Periculum in futurum — pericol în viitor.

Periculum in ortum — pericol actual.

Pertinenţă — calitatea unei probe de a fi în legătură cu cauza (la obiect).

Peremptoriu — răspuns decisiv, tranşant, contra căruia nu se poate replica.

Plancton — totalitatea plantelor şi animalelor mici şi microscopice ce înoată la suprafaţa apelor şi au mobilitate redusă. Cele mai mici dintre ele se numesc diatomee.

Poikiloterme — animale cu sînge rece la care reglarea temperaturii depinde de mediul extern.

Poligenic — caracter moştenit prin mai multe gene din diferite locusuri cu efecte aditive (multifactoriale).

Praeterintenţie — intenţia de a produce un fapt care, însă, datorită culpei ia o formă mai gravă (intenţia de a lovi urmată de moarte pentru că persoana era bolnavă şi autorul nu a ştiut aceasta).

Prenupţial — ce precede căsătoria.

Prescripţie — înlăturare a răspunderii ca urmare a trecerii unei durate de timp prevăzute de lege.

Prezumţie — presupunere ce e luată ca adevăr pînă la proba contrarie.

Prezumţie de nevinovăţie — învinuitul nu e obligat să-şi probeze nevinovăţia.

Prezumţie juris et de jure — presupunere absolută (ce nu admite proba contrarie).

Prezumţie juris tanatum — prezumţie relativă (ce admite proba contrarie).

Probă — fapt ce serveşte la stabilirea existenţei sau inexistenţei unei infracţiuni.

Prostituţie — infracţiune ce constă în procurarea de mijloace de existenţă prin practicarea de raporturi sexuale.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Procedură — ansamblul actelor efectuate în scopul soluționării unei cauze penale.

Proxenetism — a îndemna sau constrînge la prostituție.

Prozelitism — a-ți face adepți.

Psihoză — boală mintală (alienare) ce implică alterarea funcțiilor de cunoaștere, afective și volitive (a întregii vieți psihice).

Recidiva — săvîrșirea unei noi infracțiuni după condamnare.

Recombinat — genotipul nou apărut prin combinarea masei ereditare a două organisme, ca urmare a reproducerii sexuate.

Recurs — cale de atac contra hotărîrilor judecătorești.

Recuzare — incompatibilitatea de a lua parte la un proces penal, a nu avea încredere în cineva.

Reiterație — săvîrșirea aceleiași infracțiuni după condamnare.

Relevanță — a evidenția un lucru, a pune un lucru în poziția sa inițială, a restabili ceea ce a decăzut, a avea valoare etc.

Res judicata pro veritate habetur — lucrul judecat exprimă adevărul

Responsabilitate — capacitatea psihică a persoanei de a-și da seama de sensul și urmările actelor proprii.

Restitutio ad integrum — repunere integrală în situația anterioară

Reflex — răspuns motor sau secretor declanșat de o excitație.

Res nullius — lucruri ale nimănui.

Reactivitate — capacitatea de a primi influențe și a răspunde la ele. E o caracteristică a dezvoltării materiei vii.

Rix — încăierare.

Sentință — hotărîre judecătorească.

Stare de necesitate — înlăturarea răspunderii penale datorită unui pericol iminent care constrînge o persoană să comită o faptă penală.

Surfactant alveolar — peliculă fosfolipoproteică ce căptușește pereții alveolei cu rol în schimburile gazoase și îndepărtarea particulelor străine din alveole.

Supliciu — provocarea de suferințe corporale.

Tăinuire — ascunderea faptului de a cunoaște o infracțiune.

Tanatopraxie — modalități de conservare (îmbălsămare) a cadavrelor.

Tentativă — infracțiune începută dar întreruptă.

Testimonial — probă cu martori (exemplu, *testis unus testis nulus* = o singură mărturie nu e suficientă).

Trafic de influență — primirea de bani, daruri etc., pentru a influența o persoană a face un act oarecare.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Trafic de materiale obscene	— trafic de materiale cu conținut pornografic.
Tutelă	— ocrotirea unui minor sau bolnav psihic cu exercitarea tuturor drepturilor ce decurg de aici (din tutelă).
Ultraj	— calomnierea unui funcționar în exercițiul funcției sale.
Valoare	— însușirea unui lucru, fapt sau idee, ce satisface o nevoie materială sau spirituală, de a corespunde nevoilor și idealurilor sociale.
Veritate	— exprimarea fidelă, conformă adevărului.
Viață	— formă superioară de mișcare a materiei caracterizată prin metabolism (asimilare a unei substanțe străine în propria substanță), ciclu evolutiv (creștere, dezvoltare, involuție, moarte), reproducere și adaptare.
Victimologie	— știința ce studiază rolul victimei în geneza infracțiunilor.
Viduitate	— interval liber, văduvie, golit, liber de ceva (ex., interval de viduitate = intervalul de circa 300 zile după moartea soțului, în care, soția nu putea contracta o nouă căsătorie, în vechea legislație).

BIBLIOGRAFIE

1. Antoniu G., Bulai C., Chivulescu Gh., *Dicționar juridic penal*, Editura de Stat și Enciclopedică, 1976.
2. Crăciun T., Crăciun V., *Mic dicționar de biologie*, Editura Albatros, 1976.
3. * * * — *Larousse médical*, Paris, 1974.
4. * * * — *Nouveau petit Larousse*, Paris, 1974.
5. * * * — *World Encyclopaedia*, London, 1980.

BCU IASI / CENTRUL UNIVERSITAR

INDEX ALFABETIC

A

Accidente anestezice 269
Accidente de avion 171
Accidente de tractor 171
Accidente de trafic 153
— cauze 153
— distanţa de proiectare 169
— epidemiologie 159
— etiloxidarea 159
— probleme medico-legale.... 169, 170
— profilaxie 170
— rolul alcoolului 156
Accidente de tren 171
Accidente la perfuzii 270
Accidente medicamentoase 269
Accidente transfuzionale 269
Acetona 261
Acidul cianhidric 262
Aconitina 265
Acte medico-legale 36
Adaptare comportamentală 424
— criterii de adaptare 425
Adevărul medico-legal 462
Adipoceara 62
Adopţia 392
Adulterul 337, 390
Afectul patologic 450
Agenţi biologici 272
Agenţi fizici 221
Agenţi mecanici 118
Agenţi psihici 281
Agonia 47, 48
— aspecte clinice 48
— aspecte morfologice 49
Agravarea de stări morbide 327
Alcool 156
— alcotestul 163
— calculul în retur 161
— dozare la cadavru 161
— etiloxidarea 159
— intoxicaţia 264
— metode de dozare 162, 163
— metode de triere 162
— rol în trafic 156
— stare clinică 162
Alcool metilic 264
Alcoolismul acut 435
Alcoolismul cronic 436
— comportament 438
— faza de instalare 437
— motivaţie 436
Aldrina 267
Alimente alterate 274
Amanita phalloides 274
Amanita muscaria 274
Amnezia epileptică 433
Amoniac 260
Anhidrida sulfuroasă 260
Anoxia terminală 43
Anuria posttraumatică 327
Anxiocuţie 281
Apareunia 371
Argumentarea medico-legală 464
Arme albe 143
Arsenul 263
Arsuri 221
— complicaţii 224
— etiologie 222
— morfologie 222
— probleme medico-legale 225
Arsuri electrice 233, 234
Asistenţa morţii 54
Asfixii 189
— clasificare 189
— evoluţie clinică 190
— leziuni asfixice 192
— leziuni microscopice 193
— sechele asfixice 193
Asfixii inhibitorii 209
Asfixii prin aer confinat 209
Asfixii prin bol alimentar 207
Asfixii prin corpi străini 207
Asfixia sexuală 348
Astm pulmonar 91
Atropina 265
Autoliza 61
Automatism ambulator 431
Automutilare 329
Autopsie medico-legală 65
Avort 283
— autoprovocarea avortului 294
— cauza morţii 295
— consecinţe 297
— definiţie 285
— delictual 288
— felul avortului 292
— istoric şi reglementare 283, 284
— social şi legal 287, 288
— spontan 285
— terapeutic 287
— traumatic 286
Axiologie medicală 12
Axiomatizarea medico-legală 464

B

Barbiturice 264
Basedow posttraumatic 327
Bestialitate 355
Beţia patologică 439
Bioxid de carbon 260
Boala Lénegre 88
Boala membranelor hialine 302
Boala Teare 89
Bogdan George 29
Boli traumatice 327
Botulism 273

C

Cancer posttraumatic 370
Cantarida 276
Capacitate sexuală 370
— capacitate de coabitare 370, 371
— capacitate de procreare 370, 371,
— pubertate precoce 371
— pubertate tardivă 371
Caracteriopatia epileptică 433, 435
Carbonizarea 222
Cardiomiopatia alcoolică 89
Carenţa afectivă 452
Cariotip 364
Cauzalitate medico-legală 461, 463
— cauze şi condiţii 480
— exemple 482
— nivele de cauzalitate 482
— tipuri de cauzalitate 481
Căderea 138
Căsătoria 370
— anulare 388
— aspiraţii 387
— condiţii 370, 386, 387
Cercetarea antropologică în filiaţie .. 410
Cercetarea maternităţii 396
Cercetarea paternităţii 395
Certificat medico-legal 36, 322
— de consolidare 322
— de urmărire 322
— iniţial 322
Ciurea Ion 28
Clor 260
Codul Hamurabi 23
Cocaina 265
Colagenoze miocardice 88
Colaps caloric 221
Colchicina 270
Coma depăşită 50
Comisii de avizare 36
Comoţie cerebrală 131, 324
Comportament 419
— caracteristici 424
— criterii de apreciere 425
— evoluţie 419
— integrare 420
— motivaţie 423, 424
— normalitate 424
— nivele 424
— specific uman 424
Comprimarea toraco-abdominală 205
Concludenţa adevărului medico-legal 465
Conjugopatii 383, 384, 388, 390
Contuzia cerebrală 131
Coterapia de cuplu 382
Creier visceral 134
Crestături congenitale 345
Criminologie 32, 415
Criteriologia avort posttraumatic 298
Criteriologia bolilor traumatice 328
Criteriologia felului avortului .. 286, 293
Criteriologia formei de moarte 468
Criteriologie medico-legală 461, 463
Criteriologia medico-legală specială .. 473
— aprecierii sluţirii 477
— arsurilor vitale de postvitale 476
— autoasistenţei 477
— automutilării 478
— avortului provocat 477
— avortului terapeutic 478
— definirii organului 477
— diagnosticului de boli traumatice 478
— diferenţierii leziunilor de acceleraţie de decelerație 476
— diferenţierii traumatismului cranio-cerebral la nou-născut.. 477
— formei morţii în împuşcare 476
— fugii patologice 479
— furtului patologic 478
— leziunilor cauzatoare de moarte 475
— leziunilor de cruzime 476
— morţii prin traumă psihică 476
— naşterii precipitate 477
— omorului patologic — 479
— piromaniei 479
— reacţiilor supravitale 475
— recuperării prejudiciului fizic .. 478
— relaţiei traumă-cardiopatie 475
Criteriologia onus trauma 325
Criteriologia periculozităţii leziunilor 318
Criteriologia prejudiciului estetic 318
Criteriologia tipului de îngrijire medicală 319
Crize epileptice 429
Cromatina Bar 365
Cromozomul Y şi filiaţia 409
Cverulenţa 445, 446

D

Data morţii 71
Datura 265
Debilitate mintală 428, 429
— armonică şi dizarmonică 429
— benignă şi malignă 429
Decese materne 299
Decretul 446/966 35
Deflorarea 344
Delincvenţa infantilo-juvenilă 451
— abuzul de autoritate 453
— aprecieri medico-legale 455
— carenţa afectivă 452
— cauze 452
— profilaxie 454

— psihogeneză 451
Delirium tremens 438
Delirul persecutat-persecutor 445
Deontologia medicală 12
Deontologia medicului expert 485
Depresia psihică 441
Dermatoglife 410
Deshidratarea cadaverică 59
Determinarea sexului 360, 393
— atitudine terapeutică 364, 365
— clasificare 363
— definiţie 360
— diagnostic 363
— etiologie 364
— implicaţii medico-legale 368
— patogenie 363
Devianţă 415
— teorii axiologice 418
— teorii biologice 415
— teorii etologice 416
— teorii genetice 415
— teorii psihologice 417
— teorii sociologice 417
Diabetul insipid posttraumatic 327
Diabetul zaharat posttraumatic 327
Diagnosticul de avort 292
Diagnosticul de sarcină 288
Diagnosticul de viaţă extrauterină 309
Diatomee 217, 218
Digestele lui Justinian 23
Digitala 265
Dilacerarea cerebrală 133
Dinitroortocrezolul 267
Discernămînt 425, 426, 427
— criterii medico-legale 427
— definiţie 425
— nivele 425, 427
Disimularea 329
Dispareunia 372
Divorţ 388
Docimazie gastro-intestinală 311
Docimazie histologică 310, 311
Docimazie pulmonară 310
Dominantă 405
Doză minimă letală 241
Drept civil 32
Drept medical 12, 13, 14
Drept penal 31
Drept procesual penal 33
Dreptul familiei 33
Dreptul muncii 32
Drogomanie 439, 450
Drumstick 365
Durata graviditătii 396
Durata vieţii extrauterine 311

E

Echimoză 106
Echivalenţe epileptice 431
Edem electrogen 263
Edem cerebral 133
Edem pulmonar 89
Electrocuţia 230
— efecte 233
— factori biologici 232
— factori fizici 231
— leziuni 233, 234
— modalităţi de electrocutare 230
— probleme medico-legale 238
— tanatogeneză 233
Embolia gazoasă 270
Embolia grasă 91
Embolia pulmonară 90
Embolia vitală 100
Epilepsia 431
Epilepsia posttraumatică 325
Epilepsia temporală 431
Epistemologie şi medicină 461
Epistemologie şi medicină legală 462
Ereditate culturală 419, 420
Erori medico-legale 464, 484, 487
— cauze 487
Eter 261
Etilenglicol 264
Eutanasia 53, 54
Exluderea de la paternitate 410
Excoriaţie 108
Exhibiţionism 354
Exhumare 64
Expertiză medico-legală 486
— condiţii 487
— versante 487
Expertiza medico-legală în dreptul civil 386
Expertiza medico-legală în dreptul familei 386
Expertiza pe cadavru 35
Expertiza pe persoană 36
Expertiza psihiatrico-legală 426
Expertologie 11, 15

F

False recunoaşteri 433, 438, 439
Fazele morţii 47
— absolută, biologică 47
— agonală 47
— preagonală 47
— relativă, clinică 47
Felul morţii 78
Fenolul 261
Fenotip de grup sangvin 405
Fetişism 354
Fracturi 111
Fracturi craniene 120
Fracturi dentare 322
Fracturi de mandibulă 325
Frigiditate 372
Frigul 227
— acţiune 227
— morfologie 229
— probleme medico-legale 229
Frotiu citohormonal şi sarcina 290
Fuga patologică 456
Fulgeraţia 238
Furtul patologic 457

G

Genotipul de grup sangvin 405
Gerontofilie 355
Glanda mamară şi sarcina 289
Greutatea organelor adultului 68
Greutatea organelor copilului 69
Greşeli medico-legale 489
— delimitare de erori 489
— profilaxia 490
Grupe enzimatice 408
Grupe sangvine 403
Grupe serice 408

H

Hebefrenia 444
Helvella esculenta 274
Hematoame 108
Hematom extradural 126
Hematom intraparenchimatos 130
Hemoragie subarahnoidiană 130
Hematom subdural 129
Hematom subdural patologic 130
Hemoragia tisulară 100
Hemoragie cerebrală patologică 133
Hemoragii ombilicale 302
Hemoragii suprarenale 302
Hernia posttraumatică 327
Heterozigoţia 405
Hidrocarburi alifatice 260
Hidrocarburi aromatice 260
Hidrocefalia 325
Hidrocuţia 212
Hidrogen arseniat 260
Himen 342
— inelar 342
— semilunar 342
— alte forme 343
Hioscina 265
Hiperreflectivitate sino-carotidiană 95
Hipersexualitate patologică 353
Hipomania 440
Hiposexualitate patologică 353
Hipotermia accidentală 227
— apărarea la frig 227
— fiziopatologie 227
— morfologie 229
— probleme medico-legale 229
— tanatogeneză 228
Homeostazia de cuplu 383
Homosexualitate 337, 355
Homozigoţie 405

I

Imbecilitatea 429
Impotenţa de coabitare feminină 371
Impotenţa de coabitare masculină 373
Impotenţa de dorinţă 378
Impotenţa de ejaculare 379
— precoce 379
— tardivă 379
Impotenţa de erecţie 378, 379
— primitivă 379
— secundară 379
— probleme medico-legale 270
Impotenţa de satisfacţie 379
Impotenţa masculină 380
— diagnostic 380
— tratament 382
Impotenţa masculină organică 375
Impotenţa masculină psihică 379, 380
Incapacitatea 318
Incendiul patologic 456
Incestul 353
Incompetenţa de coabitare 375
Incompetenţa de procreare 375, 396, 398, 400
Inducţia delirantă 446
Infanticidul patologic 456
Infarct 100
Infirmitatea 318
Infracţiuni 31
Infracţiuni împotriva vieţii 117
Inseminaţia artificială 394
Insolaţia 221
Integrarea endocrină a comportamentului 420
Integrarea genetică a comportamentului 420
Integrarea nervoasă a comportamentului 420
Integrarea psihică a comportamentului 420
Integrarea socială a comportamentului 423
Integrarea umanitară a comportamentului 423
Integrarea umorală a comportamentului 420
Interdicţia de folosinţă 393
Interval lucid 127
Intersexualitatea 360
Intoxicaţia cu acid chianhidric 262
Intoxicaţia cu alcaloizi 264
Intoxicaţia cu alcool 264
Intoxicaţia cu arsen 263
Intoxicaţia cu barbiturice 264
Intoxicaţia cu caustice 258
Intoxicaţie cu ciuperci 274
Intoxicaţia cu gaze toxice 260
Intoxicaţii medicamentoase 269
Intoxicaţia cu organoclorurate 267
Intoxicaţia cu ortocrezoli 267
Intoxicaţia cu oxid de carbon 261
Intoxicaţia cu paration 266
Intoxicaţia cu pesticide 265
Intoxicaţia cu stricnină 265
Intoxicaţii 241
— agresiunea toxică (factori) 243
— clasificare 241
— diagnostic medico-legal 257
— mecanisme de acţiune 244
— morbiditate 241
— morfologie 252
— probleme medico-legale 267
— sindroame toxice 245

Inversiuni sexuale 337
Investigaţii medico-legale 15
Involuţii senile 455

Î

Înec 210
— data morţii 214
— explorări complementare 217
— fenomene clinice 212
— fiziopatologie 210
— înec inhibitor 212
— modificări cadaverice 214
— morfologie 213
— probleme medico-legale 219
Înfierea 392
— condiţii 393
— motivaţii 392
— obiective 393
Înţepătura de albine 272
Înţepătura de scorpion 272

K

Kernbach Mihail 29

L

Lactaţia şi sarcina 289
Legile lui Mendel 404
Lesbianism 357
Leziuni ale meningelui 126
Leziuni ale scalpului 119
Leziuni cauzatoare de moarte 118
Leziuni elementare 106
Leziuni în trafic 163
— corespondenţe lezionale 168
— factori cinetici 163
— greutatea dinamică a organelor 163
— leziuni amprentă 168
— leziuni de whiplash 166
— leziuni fără impact 167
— leziuni la ocupanţi 165
— leziuni la pietoni 167
— leziuni prin centură 165
— leziuni prin motociclete 167
— zone negre lezionale 164
Leziuni prin aer comprimat 230
Leziuni periculoase pentru viaţă 318
Leziuni prin arme de foc 175
— acţiune hidrodinamică 176
— canalul glonţului 181
— factori secundari 182
— leziuni balistice 176
— orificiu de ieşire 180
— orificiu de intrare 176
— probleme medico-legale 183
Leziuni prin arme de vînătoare 185
— probleme medico-legale 187
Leziuni prin avion 171
Leziuni prin tractor 171
Leziuni prin tren 171
Lichidul amniotic şi sarcina 290
Licoare Fowler 263
Lignifierea 63
Lita vezicatoria 276
Lividităţi cadaverice 60
Lombrozo Cesare 415

M

Maladie de cuplu 372
Maladia Pelger-Huet 409
Mania 439
Marca electrică 234, 235
Markeri biochimici 404
Markeri morfologici macroscopici ..404, 470
Markeri sangvini 404
Markeri serologici 404
Masochism 355
Masturbare 353
Maturitate sexuală 370
— dispensă de căsătorie 370
Mărturia psihopatologică 433, 438, 439, 456
Medicina legală 10
— clasificare 11
— definiţie 10
— integrare clinică 16
— interdisciplinaritate 12
— istoric 23
— obiect 11
— paradigme 12
— particularităţi de gîndire 17
— sarcini 21
— tendinţe 14
Melancolia 440
Melancolia puerperală 440
Melancolia reactivă 440
Metalizare electrică 237
Metodologia expertizei persoanei 320
Mijloace abortive 295
Minovici Mina 27
Minovici Nicolae 28
Miocardia puerperală 29
Miocardita Fiedler 89
Miocardoscleroze 88
Miocardoze 88
Moartea 39
— aspecte gnoseologice 39
— ca proces 40
— moartea cordului 47
— moartea creierului 46
— moartea pulmonului 47
— momentul morţii 45
— specificul morţii organelor 46
Moartea aparentă 50
Moartea biologică 50
Moartea clinică 49
Moartea fătului în uter 290, 312
Moartea funcţională 94
Moartea naturală 80
Moartea nou-născutului în timpul travaliului 321
Moartea subită 80
— clasificare 81
— definiţie 80

— factori favorizanţi 81
— factori de risc 88
— prin cicatrici de infarct 86
— prin cord 81
— prin infarct de miocard 83
— prin tulburări de ritm 82
Moartea subită abdominală 91
Moartea subită intraoperatorie 97
Moartea subită la copii 93
— prin pulmon 93
— prin suprarenale 94
Moartea subită prin creier 92
Moartea subită prin pulmon 89
Moartea subită prin suprarenale 92
Moartea suspectă 79, 468, 469
Model epistemic medico-legal 463
Modificări cadaverice conservatoare 62
Modificări morfologice necroscopice 70
Morgagni 25
Morfina 265
Morfinomania 439, 450
Morfograma 366
Motivaţia comportamentului patologic 457
Mumifierea 62
Muşcătura de animale 272
Muşcătura de viperă 272

N

Narcolepsia 433
Naşterea în medii improprii 304
Naşterea la termen 304
Naşterea precipitată 303
Necrofilia 355
Necroze vitale 102
Nevroza posttraumatică 325
Nicotina 265
Nitriţi 262
Nitrobenzen 262
Nitrofenol 262
Normalitate comportamentală 424, 425
— criterii 425
— şi adaptare 424
— şi discernămînt 426

O

Obiecte despicătoare 143
Obiecte înţepătoare 143
Obiecte înţepător-tăioase 143, 144
Obiecte tăioase 143
Ocluzii asfixice 205
Oligofrenia 428
Omorul 117, 470
Omorul altruist 440
Omorul patologic 456
Opiul 265
Organe judiciare 33
— de anchetă 33
— de cercetare 33
— de judecată 33
Organe sub aspect medico-legal 317
Organisme diploide 405
Organoclorurate 267
Organofosforate 265
Ortocrezoli 267
Otolicvoree 325
Oxigen 260
Oxidul de carbon 261
Oxizi de azot 260

P

Pahimeningita hemoragică 130
Parafrenia 445
Paranoia 445
Paration 265
Paré Ambroise 24
Paternitate 395
— condiţii de cercetare 396
— metode de cercetare 396
— prevederi legale 395
Patologie de cuplu 383
Patomimie 329
Pavor nocturn 433
Pederastia 355, 356
Pedofilia 355
Personalitate 446
Perversiuni sexuale 337, 348
— aloerotice 352
— autoerotice 352
— cantitative 352
— clasificare 352
— definiţie 351
— etimologie 348
— etiologie 351
— heterosexuală 353
— homosexuală 353
— vicariante 353
Pesticide 265
Piramida Maslow 423, 424
Piromania 456
Plăgi 109
Plăgi ale gîtului 147
Plăgi ale mîinilor 147
Plăgi contuze 110
Plăgi muşcate 112
Plăgi plesnite 110
Plăgi tăiate 109
Plăgi vitale 100
Plurium concubitum 409, 412
Pneumonii congenitale 302
Pneumonii de aspiraţie 302
Pneumonia posttraumatică 327
Posibilitatea de a fi tată 410
Pravilele lui M. Basarab şi V. Lupu .. 25
Prejudiciu estetic 323
Pretium dolores 317
Proba Breslau 311
Probe judiciare 33
Problemele medico-legale ale traumatismelor craniene 135
Problemele medico-legale în moartea prin obiecte tăioase 150
Profilaxie medico-legală 494
Proiectare socio-culturală a medicinei legale 496

Prozelitism 337
Proxenetism 337
Pruncuciderea 300
— cauzele morţii violente 301
— circumstanţele naşterii 316
— definiţie 300
— depistarea mamei 315
— patologia perinatală 301
— posibilitatea mamei de a ajuta nou-născutul 315
— reglementare 300
— starea psihică a mamei 316
Pruncuciderea comisivă 314
Pruncuciderea omisivă 315
Pseudodebilitatea mintală 429
Pseudosarcina 287
Psihiatria medico-legală 415
Psihopatia 446
— apreciere medico-legală 450
— definiţie 446
— forme clinice 449
— psihogeneză 446
— simptomatologie 447
Psihoza alcoolică 438
Psihoza epileptică 435
Psihoza Korsakov 438
Pulmon nerespirat 309
Pulmon respirat 309
Putrefacţia 61

R

Raport medico-legal 36
Răcire cadaverică 58
Reacţii de sarcină 288
Reacţii medico-legale 456
Reacţii sistemice de răspuns 113
Reacţii supravitale 103
Reacţii vitale 100
Reacţii vitale enzimatice 102
Reanimare 53
— întrerupere 53
Recesivitate 405
Recuzare 37
Reeducare comportamentală 457
Reglementarea expertizei medico-legale 35
Reguli de excludere de la paternitate 405
Repararea prejudiciilor civile 393
Responsabilitate psihică 426
Rigiditate cadaverică 59
Rupturi himeneale 344
Rupturi de organe 112

S

Sadism 355
Safism 357
Salmoneloze 273
Sandolina 267
Sarcina disimulată 287
Sarcina falsă 287
Sarcina simulată 287
Sarcinile sectorului medico-legal 35
Schizofrenia 444
— debut medico-legal 444
— remisă cu defect 445
— simptome medico-legale 444
Scopolamina 265
Scorpion 272
Seducţia 337
Self avort 294
Semn Denel 312
Semn Robert 312
Semn Spalding 312
Semne cadaverice 58
— precoce 58
— semitardive 58
— tardive 61
Semne vitale 100
Sexologie 335
— educaţia sexuală 341
— funcţiile sexualităţii 340
— normalitate sexuală 338
— semiologia sexuală 342
Sexopatia 456
Silistra 262
Simularea 329
— clasificare 329
— definiţie 329
— metodologie de examinare 330
Simularea bolilor organice 330
Simularea-exagerare 330
Simularea-perseverare 330
Sindactilia 409
Sindroame de angajare 131, 134
Sindroame discordante 449, 537
Sindroame tanatologice 56
— comatos 56
— insuficienţă cardio-circulatorie .. 58
— insuficienţă respiratorie 58
— metabolice 58
— sincopa 58, 95
— şocul 56
Sindrom faloidian 274, 275
Sindrom helvelian 274, 275
Sindrom Marfan 89
Sindrom muscarinian 274, 275
Sindrom postcomoţial 324
Sindrom subiectiv al traumatizaţilor cranieni 324
Sindromul copilului bătut 326
Sindromul Elpenor 471
Sisteme leucocitare 408
Sisteme probatorii 33, 34
Sistemul ABO 406
Sistemul Duffy 408
Sistemul haptoglobinic 409
Sistemul Kell-Celano 408
Sistemul Lewis 408
Sistemul Lutheran 408
Sistemul MN 407
Sistemul Rh 408
Sistemul secretor/nesecretor 407
Sluţirea 318, 323
Sociopatie 447
Solanee 265
Spînzurare 194
— albastră şi albă 195, 196
— forme medico-legale 199

— leziuni 197
— reacţii vitale în şanţ 199
— şanţ de spînzurare 197, 198
Stări delirante 445
Stări crepusculare 433
Stări terminale 39
— fiziopatologie 43
— probleme medico-legale 51
Sterilitate de cuplu 398
Sterlitate imunologivă 401
Sterilitate feminină 397
Sterilitate masculină 396, 397, 398
Strangulare 200
— cu laţul 200
— cu mîna 201
Stricnina 265
Suflul de explozie 239
Sufocarea 205
Sugestibilitate 428, 433
Sugrumarea 201
Suicid 441, 471
— factori de risc 443
— forme 442
— mijloace 442
— motivaţie 441
— profilaxie 443
Sulfura de carbon 261
Suicidul copilului 443
Suicidul depresiv 441
Suicidul melancolic 440
Şoc 221
Şocul hipertermic 221
Şerpi veninoşi 227

T

Tanatologie 39
— sindroame 56
Tanatochimie 75
Tanatopraxie 75
Tentativă de omor 118
Teoria etichetării 418
Teorii anomice 418
Teorii ecologice 418
Tetanos 274
Timp de îngrijire medicală 319
— timp ideal 322
— timp real 322
Toxic 241
Toxiinfecţii alimentare 273
Transplante 51
— condiţii medico-legale 51
— criterii medico-legale 52
Transsexualism 357
Trauma accidentală şi sarcina 286
Trauma chirurgicală şi sarcina 286
Trauma psihică 281
Trauma psihică şi sarcina 286
Traumatisme cranio-cerebrale 118
— mecanisme 119
Traumatisme cranio-cerebrale la nou-născut 303
Traumatisme oculare 328
Traumatisme sportive 136
Traumatisme vertebro-medulare 136
Traumatismele esofagului 326
Traumatismele laringelui 326
Traumatismele nasului 325
Traumatismele splinei 326
Traumatismele timpanului 326
Travaliul precipitat 313
Travestitism 357
Tribadism 357
Trioxidul de arsen 263
Tromboze vitale 100
Tuberculoza posttraumatică 327
Tulburări de dinamică sexuală feminină 371
Tulburări de dinamică sexuală masculină 373

V

Vagabondaj 455
Vaginism 371
Variaţii ale presiunii atmosferice 230
Vătămări corporale 317
— certificatul medico-legal 321
— reglementare 317
— reguli de expertiză 320
— probleme medico-legale 322
Verde de Paris 263
Versantele medicinei legale 10
Vertije posttraumatice 325
Viabilitatea nou-născutului 305
Viaţa vegetativă 50
Victimologie 457
Vilozităţi coriale 288
Violul 335
— femeii cu viaţă sexuală 346
— femeii fără viaţă sexuală 342
— leziuni de opoziţie 347
— reglementare 336
— reguli de expertiză 348
Vipera 272
Virginitate 344
Vîrsta sarcinii 289
Voaierism 354

Z

Zachias Paul 24
Zoofilia 355

Coli de tipar : 34,5
Bun de tipar : 21.07.1983

Cda. 30 188/9361
Combinatul poligrafic
„CASA SCÎNTEII"
București — R.S.R.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fig. 1. Lividități cadaveric
Fig. 2. Mumifiere articială (Palermo).
Fig. 3. Tromboză coronaria
Fig. 4. Cicatrice de infarct (microscopic).
Fig. 5. Miocardoscleroză (microscopic).
Fig. 6. Plagă tăiată.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

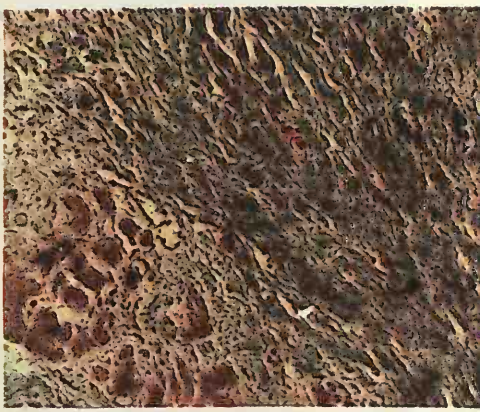


Fig. 4

Fig. 5

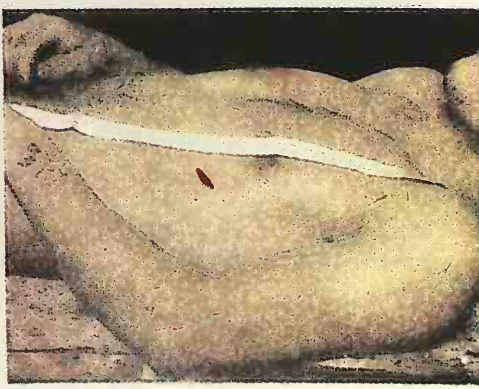


Fig. 6

PLANȘA II

Fig. 7. Infiltrate hemoragice pericraniene.
Fig. 8. Plagă pericraniană în trei colțuri.
Fig 9. Plagă tăiată a cordului (exhumare la doi ani).
Fig. 10. Plagă tăiată prin obiect tăios cu ambele lame ascuțite.
Fig. 11. Plagă tăiată prin ciob de sticlă.
Fig. 12. Ciobul de sticlă ce a produs plaga din figura precedentă.
Fig. 13. Plăgi plesnite.

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Fig. 10

Fig. 11

Fig. 12

Fig. 13

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fig. 14

Fig. 15

Fig. 16

Fig. 17

Fig. 18

Fig. 14. Moarte subită la volan prin miocardo-scleroză.
Fig. 15. Rupturi hepatice în trafic.
Fig. 16. Efect lezional hidrodinamic.
Fig. 17. Fîșie de compresiune.
Fig. 18. Efect lezional hidrodinamic în ficat.
Fig. 19. Șanț de strangulare.

Fig. 19

Fig. 20

Fig. 20. Tentativă de strangulare.
Fig. 21. Vilozități coriale
Fig. 22. Crimă sadică în psihopatie.
Fig. 23. Leziunile peribucale în cazul
figura precedentă.
Fig. 24. Leziunile micului bazin în
din figura 281.

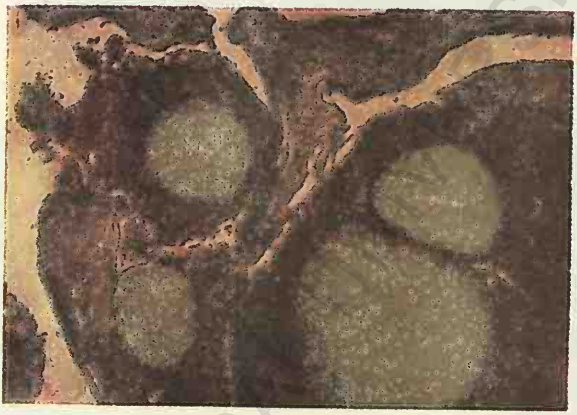


Fig. 21

Fig. 22

Fig. 23

Fig. 24

BCU IAȘI - CENTRU... UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

E 3469 DEP. LEGAL 1983

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lei 59